



Høgskulen  
på Vestlandet

## EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 538

Antall ord: 8934

# Lindrende omsorg i livets slutfase

**“Life is pleasant.  
Death is peaceful.  
It's the transition that's troublesome.”**

Isaac Asimov (Goodreads, 2017)

Høyskolen på Vestlandet, Avdeling for helsefag.  
Bachelorutdanning i sykepleie, kull 2014.  
Antall ord: 8934

## Sammendrag

**Bakgrunn for valg av tema:** Palliativ behandling er et stort fagfelt som ikke berøres i dybden i løpet av den grunnleggende sykepleierutdanningen. Innen dette feltet er lindrende sedasjon et omdiskutert tema som engasjerer til diskusjon og det foreligger sterke meninger og holdninger blant sykepleiere.

**Problemstilling:** Hvordan påvirker sykepleiers holdninger og erfaringer lindrende sedasjon i praksis?

**Hensikt:** Hensikten er å på best mulig måte svare på problemstillingen og gjennom drøftingen skape en økt forståelse og innsikt i hvordan sykepleiers holdninger og erfaringer er med på å forme en allerede kontroversiell behandlingsmetode.

**Metode:** Litteraturstudie. Forskning og litteratur er først kritisk vurdert og deretter brukt til å drøfte problemstillingen for å gi et best mulig svar.

**Funn:** Lindrende sedasjon er et godt tilbud til de pasienter som opplever lidelse som ikke kan symptomlindres på annen måte. Dette er godt underbygd av forskning. Samtidig opplever mange sykepleiere det etisk vanskelig å ta del i slik behandling grunnet mange etiske dilemma, deriblant manglende evne til kommunikasjon med pasienten og følelsen av å forkorte deres liv. Det foreligger derfor mange holdninger og erfaringer blant sykepleiere og dette kan være med på å forme hvordan slik behandling praktiseres.

**Oppsummering:** Lindrende sedasjon kan gi pasienter en fredfull og bedre død. Forskning og erfaring viser at sykepleiere har varierende holdninger til denne behandlingen. Det er ikke urimelig å tenke at sterke holdninger og tidligere erfaringer påvirker lindrende sedasjon i praksis.

**Nøkkelord:** Lindrende sedasjon, palliativ sedasjon, holdninger, erfaringer, sykepleier, etiske dilemma.

## Abstract

**Background:** Palliative treatment is a major field in medicine. During the education of nurses this is not a subject that is studied in depth. Within this field, palliative sedation is a controversial topic that engages discussion, and there are strong opinions and attitudes among nurses.

**Question:** How does nurses' attitudes and experiences influence the palliative sedation treatment?

**Aim:** The purpose is to give the best possible answer to the question above, and through discussion create a greater understanding and insight into how the nurses' attitudes and experiences are helping to shape an already controversial treatment.

**Method:** Literature review. Research and literature is first critically evaluated, and then used to discuss the issue in order to give the best possible answer.

**Findings:** Palliative sedation is a valuable treatment for those patients who experience refractory symptoms that can not be relieved otherwise. This is well substantiated by research. At the same time many nurses find it ethically difficult to take part in such treatment due to many ethical dilemmas, including the inability to communicate with patients and the feeling of shortening their life. There is therefore a lot of attitudes and experiences among nurses and this could possibly be involved in shaping how such treatment is practiced.

**Summary:** Palliative sedation can give patients a peaceful death. Research shows that nurses have varying attitudes towards this treatment. It is not unreasonable to think that strong attitudes and experiences affect palliative sedation in practice.

**Key words:** Sedative sedation, palliative sedation, attitudes, experiences, nurse, ethical dilemmas.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt med oppgaven.....	1
1.3 Avgrensing og presisering.....	2
1.4 Problemstilling.....	2
1.5 Begrepsavklaring .....	2
<b>2.0 Teoretisk perspektiv .....</b>	<b>4</b>
2.1 Sykepleieetikkens grunnlag og etiske prinsipper .....	4
2.1.1 Ikke skade-prinsippet .....	4
2.1.2 Respekt for autonomi .....	5
2.1.3 Velgjørenhetsprinsippet.....	6
2.2 Faglig forsvarlighet.....	6
2.3 Lindrende sedasjon og smerter .....	7
2.4 Holdninger.....	9
2.5 Terminal fase .....	9
<b>3.0 Metode.....</b>	<b>10</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2 Litteratursøk .....	11
3.3 Kildekritikk .....	12
3.4 Etisk perspektiv .....	13
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>14</b>
4.1 Kort presentasjon av hovedfunn .....	19

<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>20</b>
5.1 Redsel for å skade pasientene .....	20
5.2 Å lytte til pasientens stemme – selv når den ikke er der .....	22
5.3 Å lindre lidelse .....	24
5.4 Holdninger farges av erfaring .....	26
<b>6.0 Avslutning</b> .....	<b>28</b>
<b>7.0 Referanseliste</b> .....	<b>30</b>
<b>8.0 Vedlegg</b> .....	<b>35</b>
8.1 Vedlegg 1 .....	35
8.2 Vedlegg 2 .....	36

## 1.0 Introduksjon

Døden er noe man må forholde seg til i løpet av livet. En møter den som sykepleierstudent i praksis, som sykepleier i arbeidslivet, som pårørende og en dag kommer den for oss alle. I dag har man mange kurative behandlinger, men likevel skal alle en gang dø og det stilles derfor krav til lindrende behandling. Palliativ medisin er et gammelt fagområde. Når behandlingsmetodene var få var lindring den viktigste oppgaven (Kaasa & Loge, 2016, s. 36). Verdens Helseorganisasjon har definert palliativ medisin som behandling der målet er å øke pasientens livskvalitet når de møter problemer assosiert med livstruende sykdom. Palliativ behandling skal hverken fremskynde eller utsette døden, men lindre smerter og andre symptomer (World Health Organization, 2002).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Slik jeg har erfart det opplever pasienter i sine siste dager store smerter og lidelser. Spesielt en pasient med gjentatte blødninger fra en tumor i halsen gjorde inntrykk. Det var forskrevet lindrende sedasjon, som skulle gis ved neste store blødning da det ikke kunne gjøres noe for å stoppe blødningen. Senarioet var nøye diskutert med pasienten og alt var avklart. Likevel ble det debattert blant sykepleiere om dette var etisk riktig. De var nervøse for å gi store doser med medikamenter til en pasient selv om døden var nært forestående. Denne diskusjonen fikk meg til å reflektere over hvordan slike holdninger påvirker sykepleiere i yrkesutøvelsen.

### 1.2 Hensikt med oppgaven

Målet med denne bacheloroppgaven er å ta et dypdykk ned i sykepleiers holdninger og erfaringer angående lindrende sedasjon. Temaet er lagt lite vekt på i sykepleierutdanningen og undertegnede har flere ganger opplevd dette som et hull i den grunnleggende utdanningen. Lindrende sedasjon er et interessant tema på mange områder, spesielt med tanke på etiske refleksjoner rundt behandlingen. Det oppleves som et omdiskutert tema blant sykepleiere. Grunnet forskjellige holdninger og sterke meninger hos sykepleiere var det nærliggende å tenke på hvordan dette påvirker behandlingen. Gjennom å belyse sykepleiers erfaringer og holdninger til lindrende sedasjon, ønskes det å øke egen kunnskap og innsikt i hvordan dette påvirker behandlingen i praksis.

### 1.3 Avgrensning og presisering

I utgangspunktet ønsket jeg å fordype meg i pasienter med kreft i munnhule/spiserør og lindrende sedasjon ved akutt blødning fra tumor. Dette viste seg å være en utfordring med tanke på å finne relevant forskning. Det sees derfor på terminale pasienter som en gruppe da de uavhengig av sykdommens utgangspunkt ofte opplever smerter som er behandlingstrengende.

Den palliative fasen kan være et langt forløp. Her tas det kun hensyn til den terminale fasen. Lindrende sedasjon sees på gjennom sykepleiers holdninger og erfaringer. Jeg har av den grunn valgt å ikke gå inn på de forskjellige typer medikamenter eller forskjellige former for lindrende sedasjon. Jeg anser ikke dette som relevant for sykepleieres holdninger og erfaringer. Det ligger også utenfor sykepleiers ansvarsområde å forskrive medikamenter.

Fysiske smerter er primærårsak til at pasienter mottar lindrende sedering. I denne litteraturstudien settes det derfor en begrensning på fysiske smerter som årsak til lindrende sedasjon. Ettersom det sees på terminale pasienter som en gruppe går jeg ikke inn på smertenes patofysiologi, da det er ulikt fra diagnose til diagnose og oppgavens omfang ikke tillater dette.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Beauchamp og Childress biomedisinske etiske prinsipper i stedet for en tradisjonell sykepleieteoretiker. Jeg føler at dette danner et solid etisk grunnlag for å drøfte problemstillingen i denne oppgaven.

### 1.4 Problemstilling

*Hvordan påvirker sykepleiers holdninger og erfaringer lindrende sedasjon i praksis?*

### 1.5 Begrepsavklaring

**Holdninger** er mer eller mindre varige karaktertrekk ved en person. De er resultater av den enkeltes dannelsesprosess og kan gjøre en disponert for å handle på den måten en tror er rett (Johannesen & Vetlesen, 2012, s. 110).



**Lindrende sedasjon** innebærer at pasienter med kort forventet levetid mottar medikamenter som senker bevissthetsnivået. Målet er kun å lindre plager, ikke forkorte eller forlenge dødsprosessen (Ottosson, 2012, s. 37).

## 2.0 Teoretisk perspektiv

Dette kapittelet tar først for seg det etiske grunnlaget for sykepleie, deretter pensumlitteratur og faglitteratur. Dette for å belyse begrepene som er sentrale for å svare på problemstillingen, samt de holdninger sykepleiere har til temaet.

### 2.1 Sykepleieetikken grunnlag og etiske prinsipper

Nortvedt (2016, s. 36) skriver at en i yrkesutøvelsen som sykepleier er forpliktet til å følge visse verdier som rettleder handlingene våre i praksis. Etikken er normativ ved at de teorier og prinsipper som løftes frem gir føringer for handlinger. Den kan si noe om hva man bør gjøre når man står i vanskelige situasjoner. Etiske prinsipper og teorier er kjernen og substansen i selve etikken og gir et grunnlag for å bevisstgjøre sykepleiere rundt sine egne handlinger. Verdier i sykepleien er rettet mot å lindre pasientens lidelse, respektere pasientens integritet og beskytte liv. Gjennom dette kan man forstå etiske handlinger i sykepleien som at de har et krav til måloppfyllelse, samt at de skal være gode og gi de beste resultater for den berørte pasienten (Nortvedt, 2016, s. 48).

De etiske prinsippene, lansert av filosofen Tom Beauchamp og psykologen James Childress, har fått stor innflytelse på tenkningen i helsevesenet. Disse prinsippene er velgjørenhet, ikke-skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2016, s. 96). I følge Brinchmann (2016, s. 85) er disse prinsippene likestilt og ved konflikter mellom prinsippene må de avveies og balanseres mot hverandre slik at man vurderer hver situasjon. I denne oppgaven går jeg videre inn på prinsippene om ikke-skade, respekt for autonomi og velgjørenhet. Jeg mener dette legger et godt grunnlag for å se på de holdninger og erfaring sykepleiere har når det kommer til lindrende sedasjon.

#### 2.1.1 Ikke skade-prinsippet

Den gamle hippokratiske tankegangen om å ikke skade spesifiserer hva du ikke skal gjøre mot pasienten. I den gamle hippokratiske etikken var dette forbundet med abort og eutanasi, noe som er sentralt også i dag, men dette prinsippet skal også beskytte pasienten mot dårlig praksis og feil behandling (Nortvedt, 2016, s. 97). I følge dette prinsippet om å ikke-skade har

en som sykepleier plikt til å forsikre oss om at pasienten ikke lider noen skade av den behandlingen som gis (Slettebø, 2014, s. 103). Nordtvedt (2016, s. 97) skriver også at ikke-skade sier noe viktig om å minimalisere pasientens smerte og ubehag. Noen ganger må man som autorisert helsepersonell utføre prosedyrer som er invasive og ubehagelige for pasienten. Det er en viktig oppgave at slike prosedyrer blir utført så skånsomt som mulig for å sikre at pasienten opplever minst mulig ubehag og smerte. Velgjørenhet og ikke-skade er prinsipper som noen ganger blir sett på under ett, men ifølge Beauchamp og Childress (2013, s. 152) finnes det en forskjell. Ved velgjørenhet handler man enten for å forebygge skade, ta bort skade eller gjøre noe godt. Ikke skade prinsippet vektlegger derimot bare at man ikke med intensjon og vitende skal skade andre.

### 2.1.2 Respekt for autonomi

Nordtvedt (2016, s. 98) argumenterer for at menneskets evne til kritisk selvrefleksjon gjør at man kan se mennesker som et autonomt vesen. Et menneske kan begrunne at målene det setter seg også skal være forenelig med andre menneskers verdi. Her ligger den fornuftige evnen til å begrunne respekt for menneskeverdet til både andre og en selv, ut i fra tanken om at alle skal ha like rettigheter. Da kan en se at en ikke kan mene at respekten for en selv som et autonomt vesen ikke også skal gi en tilsvarende respekt for andres rett til selvstendige og informerte valg.

Beauchamp og Childress (2013, s.101) utforsker prinsippet om respekt for autonomi. Retten til selvbestemmelse brukes til å argumentere for individets rett til å ta beslutninger angående egen helse. Autoriteter, som helsevesenet, kan settes opp mot autonomi. Individets valg kan påvirkes av autoriteter. Det foreligger ingen fundamental inkonsekvens mellom autonomi og autoritet dersom individet bruker sin autonomi til å velge å akseptere autoritet. Å velge å følge autoriteten som helsevesenet utgjør er et eksempel på dette. Medisinske fagfolk møter mange begrensninger av autonome valg i medisinske sammenhenger på grunn av pasientenes avhengige tilstand og den autorative posisjonen fagfolk har (Beauchamp & Childress, 2013, s.106).

### 2.1.3 Velgjørenhetsprinsippet

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kommer en inn på velgjørenhetsprinsippet i paragrafene om sykepleier og pasient. Her står det i § 2.9 at en skal yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Også i Helsepersonelloven (1999) kommer prinsippet om velgjørenhet til uttrykk gjennom § 4. Paragrafen sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut i fra kvalifikasjoner. Dette er ifølge Nortvedt (2016, s. 96) tanken om å etter beste evne ville, og gjøre det som er best for pasienten. Dette er fundamentalt i sykepleierarbeid. Beauchamp og Childress (2013, s. 202) skriver at vår moral ikke bare krever at vi behandler pasienter ut i fra autonomi og ikke-skade, men også bidrar til velbehag. En skal ikke bare avstå fra handlinger som kan skade, det skal gjøres tiltak for å bedre situasjonen. En fremmer det gode ved å fjerne eller forebygge det onde. Velgjørenhet kan deles i to; positiv velgjørenhet og prinsippet om nytte. I prinsippet om positiv velgjørenhet ligger det regler som at en skal beskytte og forsvare andres rettigheter, forebygge skade, fjerne tilstander som skader, hjelpe de som er skadet og redde personer i fare. Nytt prinsippet vektlegger at man skal veie goder og risiko/skader opp mot hverandre. Hvis en skal gjøre det gode må dette gjøre større nytte og veie opp for eventuelle skader som kan oppstå (Beauchamp & Childress, 2013, s. 202).

### 2.2 Faglig forsvarlighet

Den faglige forsvarligheten bygger på prinsippet om å gjøre det som er det rette for pasientene og avstå fra handlinger som skader (Molven, 2016, s. 130). Dette er et av de helserettslige hovedprinsippene og den er nedfelt i Helsepersonelloven (1999) § 4 første ledd. Denne paragrafen fastsetter at: «Helsepersonell skal utføre arbeid i samsvar med de krav til fagligforsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Bestemmelsen i denne paragrafen er todelt og den faglige forsvarligheten retter seg mot det faglig tekniske. Det kan gjelde undersøkelser, behandling og de aktiviteter som er basert på kunnskap. Den omsorgsfulle hjelpen er verdibasert og til en viss grad kan begrepene fremstå overlappende. Forsvarlighetskravet innebærer at den hjelp som gis er basert på kunnskaper som er vitenskapelig begrunnet (Molven, 2016, s. 131).

Videre skriver Molven (2016, s. 132) at forsvarlighetskravet ikke bare er rettet mot helsepersonell som enkeltstående personer, men også mot selve virksomhetene som yter denne hjelpen. Selve kjernen ligger i den faglige og verdimessige gode handlingen. Det er en faglig og etisk forventning om et høyt ambisjonsnivå fra sykepleiere om å yte godt arbeid (Molven, 2016, s. 133). Innenfor en virksomhet som drives forsvarlig kan det fortsatt tenkes at enkelte sykepleiere handler uforsvarlig i gitte situasjoner. Det er også mulig at pasienter kan utsettes for noe uforsvarlig som mange har skyld i, og en kan da si at avdelingen drives uforsvarlig. Når flere svikter på denne måten kan det sees som systemsvikt og mangel ved organiseringen. Dette kan gjelde den faglige kompetansen i en avdeling (Molven, 2016, s. 135). Virksomhetene må påse at det opprettholdes en minstestandard som kommer i tillegg til det enkeltpersoner er i stand til å yte. Forsvarligheten sikres ved bemannings- og styringssystemer, rutiner, prosedyrer og kontinuerlig oppfølging av at disse holder stand. Tilsynsmyndighetene har i flere tilfeller ansett dårlige rammebetingelser som en unnskyldning for enkeltes handlinger. I slike tilfeller anser man at det er virksomheten som har sviktet, eksempelvis grunnet manglende faglige retningslinjer (Molven, 2016, s. 147). I følge § 16 i Helsepersonelloven (1999) ligger det på systemnivå å sørge for at forholdene ligger til rette for at det kan utøves faglig forsvarlig helsehjelp.

### 2.3 Lindrende sedasjon og smerter

Lindrende sedasjon er medikamentell behandling som senker bevissthetsnivået hos pasienten. Dette gjøres for å lindre lidelse som ikke kan lindres på annen måte (Brenne & Dalene, 2016, s. 650). Kroppslige smerter er av de mest konkrete og sterkeste uttrykkene for lidelse. Spesielt å leve med kroniske smerter innebærer stor lidelse. Slike smerter kan bli en trussel mot pasientens eksistens og kroppslige integritet (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 189). Smerter er vanskelig å definere eksakt, men en kan si at det er en opplevelse av noe ubehagelig og et sanseinntrykk som forteller om et stimuli eller påvirkning fra kroppen. Sanseinntrykket behandles i sentralnervesystemet og påvirkes videre av tidligere opplevelser og forhold som kan være psykiske, eksistensielle eller sosiale. Grunnet dette er smerteopplevelsen individuell fra person til person. Smerter kan skyldes vevsskade, sykdom/skader på nervesystemet eller en overfølsomhet i nervesystemet. Kombinasjoner av disse komponentene er også mulig (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 328).

De siste 20-30 årene har behandlingsmåtene utviklet seg mye. I takt med nye kunnskaper om smerter og effektive analgetika har nye metoder blitt tatt i bruk. Til tross for de nye mulighetene blir flere alvorlige smertetilstander fortsatt underdiagnostisert og feilbehandlet, og halvparten av pasienten får fortsatt ikke den smertebehandlingen de har behov for (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 382).

Lindrende sedasjon gis til pasienter som antas å ha dager igjen å leve, som et siste ledd i palliativ behandling (Brenne & Delane, 2016, s. 650). Behandlingen medfører ingen stor risiko for pasienten så sant den gjennomføres korrekt (Eckerdal, 2012 s. 42). Årsakene til pasientens lidelse skal være diagnostisert og all annen symptomlindrende behandling skal være forsøkt og nøye vurdert, samt ha vist seg utilstrekkelig for å lindre plagene.

Beslutningsprosessen for å gi lindrende sedasjon bygger på en helhetlig faglig vurdering som gjøres i samråd mellom helsepersonell som kjenner pasienten godt og/eller kan bidra med kompetanse. Er pasienten samtykkekompetent tas beslutningen etter samtykke fra pasienten. Nærmeste pårørende har rett til å medvirke beslutningen dersom pasienten ikke er samtykkekompetent. Etter innspill fra pårørende tas så beslutningen av behandlende lege (Brenne & Dalene, 2015, s 650).

Behandlingen tilstreber sedasjon som er tilstrekkelig dyp til å lindre plagene. Heving av bevissthetsnivå skal vurderes og som regel prøves. Er det tydelig at pasientens situasjon fortsatt er uholdbar er det faglig og etisk forsvarlig å sedere pasienten igjen uten at bevissthet gjenvinnes. Samtidig skal det tilstrebes å finne en dose som ikke fremskynder døden (Brenne & Dalene, 2016, s 650).

Materstvedt og Kaasa (2016, s. 83) skriver at forholdet mellom eutanasi og lindrende sedasjon er et kontroversielt tema som er aktuelt av flere grunner, deriblant at lovgivningen som omhandler dette mange steder er i endring. Dette øker viktigheten av avklarte forhold rundt begrepene både der eutanasi er lovlig og steder der det kan bli lovlig (Materstvedt & Kaasa, 2016, s. 83). Materstvedt og Kaasa (2016, s. 83) definerer eutanasi som et tilsiktet drap, utført av en lege på en frivillig og kompetent forespørsel fra pasienten.

## 2.4 Holdninger

Renolen (2015, s. 231) har definert en holdning på denne måten: «en generell og varig positiv eller negativ følelse overfor en person, et objekt eller tema». Denne endimensjonale definisjonen tar kun hensyn til den følelsesmessige delen av en holdning og ikke de tankemessige og atferdsmessige delene. En holdning kan også forstås ut i fra en tredimensjonal modell, med følelser, atferd og tanker som de tre komponentene. En slik definisjon gjør en holdning til en varig underliggende tendens til å tenke, føle og handle på en bestemt måte overfor gitte situasjoner (Renolen, 2015, s. 231). Holdningene kan være positive eller negative vurderinger av mennesker, grupper eller tema. Hvordan holdninger dannes kan ses på i et læringsteoretisk perspektiv, der utvikling skjer gjennom direkte og indirekte erfaring (Renolen, 2015, s. 232).

I følge Nortvedt (2016, s. 57-58) er det i sykepleiens etikkhistorie lagt stor vekt på å ha gode holdninger til pasienten, dette har vært noe av det viktigste for å yte god sykepleie.

Betydningen av holdningene kommer til uttrykk gjennom sykepleiers vennlighet, høflighet, oppmerksomhet og det å være lyttende. Da det spesielle i omsorgen er selve holdningen som uttrykker omsorg, er dette et sentralt poeng. Det er ikke bare hva en gjør som er viktig, men hvordan det gjøres, hvordan en oppfører seg og måten en handler på.

## 2.5 Terminal fase

Døden er en irreversibel fysiologisk prosess. Den døende opplever som regel en gradvis funksjonsforverring. De fysiologiske endringene er mange, inntak av mat og drikke avtar, kontakt kan blir vanskelig og pasienten blir mer bundet til sengen. Prosessen kan ha en varierende tidsramme fra pasient til pasient. Når de fysiologiske livsoppholdene prosessene er i ferd med å opphøre er pasientene døende. Dette er den terminale fasen. Det gjøres grundig kartlegging over pasientens tilstand slik at unødvendige tiltak avsluttes og videre behandling tilpasses pasientens behov (Brenne & Dalene, 2016, s. 639).

## 3.0 Metode

Vilhelm Auberet (1985) definerer metode som en fremgangsmåte for å løse et problem og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst hjelpemiddel som tjener dette formålet hører med blant metodene. Metoden blir redskapet en benytter for å finne ny kunnskap som belyser problemstillingen i oppgaven. På en systematisk måte samles det inn informasjon og kunnskap en trenger for å belyse temaet. Den benyttede metoden vil avhenge av hva som skal besvares. En velger den metoden som er mest hensiktsmessig for å besvare den valgte problemstillingen (Thidemann, 2015, s76).

Hvilken metode som brukes avhenger av hva man ønsker å undersøke. De kvantitative metodene gir data som er i målbare enheter, mens de kvalitative metodene brukes til å finne meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Gjennom ulike innfallsvinkler bidrar både de kvantitative og kvalitative metodene til forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2013, s.112).

Kaasa (2016, s. 53) argumenterer for at forskning innen palliativ medisin har mange utfordringer som kan være både kunnskapsmessige, designmessige, økonomiske eller etiske. Grunnet mange utfordringer med undersøkelser på valgt tema i oppgaven, samt retningslinjene for bacheloroppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Dette betyr at oppgaven bygger på andres forskning og relevant litteratur. Det finnes mye forskning på terminalt syke pasienter og palliativ behandling. Noe vanskeligere var det å finne forskning om sykepleiers holdninger og erfaringer. Denne prosessen presenteres videre i dette kapittelet.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie hentes det frem eksisterende forskning og faglitteratur som kan belyse temaet og svare på problemstillingen. En slik studie skal systematisere kunnskap fra skriftlige kilder, samt kritisk gjennomgå litteraturen. Systematisk tilnærming brukes gjennom hele prosessen og det ønskes å gi oppdatert og god forståelse av temaet som problemstillingen belyser (Thidemann, 2015, s 80).

I følge Forsberg og Wengström (2016, s. 30) innebærer en litteraturstudie å gå systematisk til verks i søkeprosessen, deretter kritisk vurdere funn og til slutt sammenfatte litteraturen en har



funnet på en måte som belyser valgt tema fra forskjellige vinklinger. For å gjøre dette tar man i bruk funn fra tidligere empiriske studier og fokuserer på aktuell forskning, vitenskapelige artikler og vitenskapelige rapporter. I henhold til de aktuelle steg i en litteraturstudie som legges ned av Forsberg og Wengström (2016, s. 31) har jeg formulert en problemstilling, funnet søkeord og bestemt en søkestrategi som gir resultater i søkemotorene som benyttes. Deretter har jeg valgt ut vitenskapelige artikler og annen litteratur som benyttes. Alle artikler og litteratur er kritisk vurdert og kvaliteten er bedømt. Til slutt i prosessen analyseres og diskuteres funnene før det trekkes en konklusjon.

Kvalitativ metode ment å besvare enkelte typer spørsmål. Denne metoden er fleksibel og ment til å skape mening og forståelse i menneskers subjektive opplevelser av omgivelsene, og opplevelser knyttet til et fenomen (Polit & Beck, 2017, s. 463). For å svare på problemstillingen i denne oppgaven benyttes i hovedsak derfor kvalitativ forskning der metodene består av forskjellige typer intervjuer. Når det benyttes intervjuer i forskning er hensikten å få en dybdeforståelse av informantens følelser, oppfatninger og meninger knyttet til et fenomen. Slik oppnås fyldig og omfattende informasjon (Leseth & Tellmann, 2014, s. 87). Slik forskning er derfor hensiktsmessig da det i denne oppgaven ønskes å belyse sykepleiers holdninger og erfaringer rundt palliativ sedasjon. I en av artiklene er det benyttet både kvantitative og kvalitative elementer. Denne typen kombinasjonsstudier kalles kombinert metode og benyttes når det ønskes å forske på ulike typer informasjon som angår samme tema. Fordelen med en slik metode er at temaet kan belyses fra ulike vinkler (Forsberg & Wengström, 2016, s. 47). Gjennom denne litteraturstudien er målet å øke innsikt i et omdiskutert tema ved å se nærmere på resultater fra forskning, artikler, fagbøker og pensum.

### 3.2 Litteratursøk

I en litteraturstudie tas det i henhold til Støren (2013, s. 17) utgangspunkt i allerede eksisterende kunnskaper, som er presentert i artikler. Disse må finnes gjennom å søke i databaser. I denne oppgaven tas det utgangspunkt i forskjellig typer litteratur. Forskning, pensum og annen relevant faglitteratur er gjennomgått for å finne teori som er aktuell i forhold til valgt problemstilling.

For å finne forskning som er relevant og som svarer til problemstillingen er det i litteratursøket benyttet databasene Cinahl, PubMed, Idunn, Cinahl Plus via Universet of Liverpool online Library og Google Scholar. For å finne faglitteratur er Oria brukt. Jeg har brukt søkeordene: palliativ sedation, nursing, attitudes, nurses attitudes towards, feelings, ethical dilemmas og experience. Cinahl Plus gir flest treff og artikler som ikke gis tilgang til i fulltekst gjennom Cinahl og PubMed finnes også her. Det fantes her 5413 treff med søk på «palliative sedation». Tidsrommet ble begrenset til mellom 2012 og dagens dato for å sikre at det kun er forskning av nyere dato som er med i utvalget. Palliative sedation brukes i kombinasjon med de andre søkeordene. Tilsvarende søk gjøres i både Cinahl og PubMed. Det ble utført to enkeltsøk etter referanser funnet i relevante artikler, disse to artiklene er av eldre dato og kommer utenfor det begrensede tidsrommet som var satt i utgangspunktet. Se vedlegg 1.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene en bruker for å vurdere om en kilde er holdbar. Kildene må vurderes og karakteriseres. Det handler om å gjøre rede for den anvendte litteraturen i oppgaven og om å forholde seg kritisk til materialet som er brukt. Kildene som brukes må være tilstrekkelige både i form av relevans og pålitelighet, det er viktig å gjøre seg refleksjoner rundt dette (Dalland, 2013, s. 73).

I det innledende litteratursøket var antallet treff overveldende, men med rett kombinasjon av søkeord ble utvalget begrenset. Det viste seg at mengden relevant forskning ikke var så stor som forventet. Mye av den nyere og aktuelle forskningen er fra Nederland og Belgia. Dette antas å være grunnet at både palliativ sedasjon og eutanasi er lovlig i disse landene. Forskning på helsepersonells erfaringer med forholdet mellom disse to er derfor lett å finne fra disse landene. Selv om det er et annet lovgrunnlag antas det at holdninger som kommer frem er overførbare til norske sykepleieres holdninger og det er derfor tatt med noe forskning herfra.

I tillegg til de treffene som litteratursøket gav er det tatt med artikler fra 2007 og 2008. Disse er tatt med i utvalget etter enkeltsøk basert på referanselisten fra en nyere artikkel. Disse artiklene omhandler problemstillingen i denne oppgaven på en interessant måte. En av disse er utført i Norge og jeg ser derfor denne som relevant for å belyse problemstillingen.

Artikkelen fra 2007 ansees også som aktuell da den viser variasjonen i sykepleieres holdninger. Det skulle gjerne vært tatt i bruk nyere forskning, men det viste seg at det meste av nyere forskning går inn på eutanasi. Siden dette er ulovlig i Norge var det ikke ønskelig med for mye fokus på dette. Holdninger og erfaringer endrer seg sakte, og de vedvarer gjerne over tid, derfor vurderes fortsatt disse artiklene som relevante. Alle artiklene er kritisk vurderet etter Kunnskapssenterets retningslinjer (2014), se vedlegg 2.

### 3.4 Etisk perspektiv

Forskningsetikk har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Personvernet må ivaretas og troverdigheten av resultatene må sikres. Når det gjelder medisinsk forskning er det også viktig at det unngås å påføre forskningsdeltakerne skade og unødvendige belastninger. Ny kunnskap skal ikke skje på bekostning av pasientens integritet (Dalland, 2013, s. 96).

Palliasjon er et fagfelt der det er naturlig at pasientene er gamle, svake og ofte kan ha redusert kognitiv funksjon. Dette gjør forskning på fagfeltet til en utfordring (Kaasa, 2016, s. 57). I 1964 ble Helsinki-deklarasjonen (World Medical Association, 2013) utformet for å sikre at grunnleggende etiske prinsipper blir fulgt i forskning. Den er gyldig for all medisinsk forskning der pasienter er involvert og inneholder sentrale elementer for å sikre at forskningsdeltakernes grunnleggende rettigheter ivaretas på en etisk måte. Deklarasjonen omtaler planlegging, gjennomføring og publisering av vitenskapelige forsøk. Den legger også ned retningslinjer om hvordan forsker bør opptre når det oppstår dilemmaer mellom å utvikle ny kunnskap og ivareta pasientens rettigheter. (Kaasa, 2016, s. 57).

I denne oppgaven fremskaffes ikke ny kunnskap gjennom undersøkelser. Det trengs derfor ikke tas de samme etiske hensynene som i forskning. Det vurderes likevel hvilke hensyn som er tatt i forskningen som brukes, og all forskning som benyttes er godkjent av en etisk komité. Jeg er også oppmerksom på at informasjonen fremstilles på en helhetlig måte som gjenspeiler forskningens resultater. Forfatter/forsker fremheves også i teksten slikt at det tydelig fremkommer hvor kunnskapen kommer fra.

## 4.0 Resultat

I det følgende kapittel presenteres de artikler som er valgt ut til å belyse problemstillingen i denne bachelor oppgaven.

### **Artikkel 1: Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation.**

(Gran, S. V. & Miller, J. 2008)

**Hensikt:** Undersøke om norske sykepleiere opplever det som et etisk problem å være en del av dyp palliativ sedering og hvorfor dette kan anses som problematisk.

**Metode:** Kvalitativ og kvantitativ studie. Den kvalitative delen beskriver sykepleieres tanker og følelser vedrørende palliativ sedasjon. Den kvantitative delen beskriver prevalensen av sykepleierdeltagelse i behandling av pasienter som fikk dyp palliativ sedasjon grunnet store lidelser. 73 norske sykepleiere fra tre arbeidsplasser deltar i studien.

**Resultat/funn:** 88% av sykepleierne i studien hadde hatt pasienter med store lidelser, 78% hadde hatt pasienter som har mottatt palliativ sedasjon og 63% følte at dette var etisk problematisk. I følge informantene stammer mye av vanskelighetene fra at pasienten ikke kan kommunisere verken med sykepleier eller familiemedlemmer. Sykepleierne følte seg også usikre på graden av symptomlindring pasienten opplever.

**Konklusjon:** Respekt for pasientens autonomi og verdighet er ifølge deltakerne viktige verdier i pleien av terminalt syke. Når pasienten var med i beslutningsprosessen ble situasjonen sett på som mindre vanskelig. Det ble sett på som en mer komplisert situasjon hvis pasienten ikke kunne kommunisere, ettersom det ble vanskelig å bedømme om pasienten hadde uholdbare symptomer.

## **Artikkel 2: One last opportunity – Swedish nurses' experiences of palliative sedation.**

(Nilsson, Å. & Tengvall, C. 2013)

**Hensikt:** Belyse sykepleiers erfaringer med palliativ sedasjon i spesialisthelsetjenesten i Sverige.

**Metode:** Kvalitativ studie der 70 sykepleiere ble invitert til å delta og 14 semistrukturerte intervjuer ble utført. Kriteriet for å delta i studien var at sykepleier skulle ha hatt tidligere erfaringer med å gi sykepleie til pasienter som mottok palliativ sedasjon. Deltakerne ble intervjuet om sin erfaring med palliativ sedasjon og fortalte fritt om situasjoner der pasienter hadde mottatt denne behandlingen.

**Resultat/funn:** Resultatene ble delt inn i fire kategorier; palliativ sedasjon i praksis, selvtillit og ansvar, kommunikasjon og etiske hensyn. Nesten alle deltakerne hadde tanker om eutanasi knyttet til palliativ sedasjon og det ble uttrykt frykt for å «gi den siste injeksjonen». Deltagerne opplevde også at media ga et forutinntatt syn på palliativ sedasjon. Media har ikke nok kunnskap om temaet og har en tendens til å fremstille behandlingen parallelt med eutanasi. Sykepleierne fryktet at dette påvirker bruken av palliativ sedasjon slik at metoden blir mindre brukt enn det som er ønskelig.

**Konklusjon:** Studien konkluderer med at det finnes en usikkerhet blant sykepleiere som administrerer palliativ sedasjon angående konseptet. Mer kunnskap er nødvendig for at sykepleiere skal kunne føle seg sikre når de administrerer palliativ sedasjon.

### **Artikkel 3: Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer.**

(De Vries, K. & Plaskota, M. 2016)

**Hensikt:** Det undersøkes hospice sykepleieres erfaringer med å administrere palliativ sedasjon til terminale kreftpasienter med ukontrollerbare symptomer.

**Metode:** Kvalitativ studie utført blant 7 hospice sykepleiere i England. Kriteriene var at de måtte ha vært med i behandlingen av minst en pasient som hadde mottatt palliativ sedasjon det siste året. Deltakerne gjennomgikk semistrukturerte intervjuer der de ble bedt om å fortelle om sine følelser i henhold til spesifikke situasjoner der de hadde vært involvert i den palliative sedasjonen av pasienter.

**Resultat/Funn:** Det fremkommer i studien at tilrettelegging av en fredfull død var den primære grunnen til å administrere sedasjon. Å oppnå dette var understøttet av en del bekymringer angående medisinske avgjørelser, tanker om at det var de som forårsaket døden og blant annet forespørsel om sedasjon fra pårørende. Alle deltakerne uttrykte at de var usikre på om palliativ sedasjon kunne/ville føre til døden og de reflekterte over denne muligheten. De mer erfarne sykepleierne uttrykte å ha en større tro på at de tok rette avgjørelser i slike situasjoner. Studien viser at sykepleierne mente at administrasjon av palliativ sedasjon til denne pasientgruppen gav en fredfull død.

**Konklusjon:** Hospice sykepleiere er på regelmessig basis ansvarlig for avgjørelser om komplekse symptomhåndtering og medisinske regimer når det skal administreres palliativ serdering. Det å ta slike avgjørelser krever selvtillit så vel som god kommunikasjon og et støttende miljø på avdelingen.

#### **Artikkel 4: Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation.**

(Rietjens, J.A., Hauser, J., van der Heide, A. & Emanuel, L. 2007)

**Hensikt:** Se på sykepleiers erfaring og holdninger til lindrende sedasjon, med fokus på hvorfor lindrende sedasjon brukes, deres oppfatninger av behandlingen og hvordan lindrende sedasjon påvirker dødsprosessen.

**Metode:** Kvalitativ studie utført ved hjelp av semistrukturerte intervjuer av 16 sykepleiere i Nederland.

**Resultat/Funn:** Lindrende sedasjon ble i hovedsak brukt til å lindre fysiske symptomer for terminalt syke pasienter, andre grunner var ikke-fysisk lidelse, pasientens ønsker og pårørendes lidelse. Det fremkommer forskjellige synspunkter angående om lindrende sedasjon forkorter livet. Noen mente at dette var tilfellet, andre tenkte at det var en mulighet for at behandlingen var med å fremskynde døden, men at det var berettiget da det ikke fantes andre måter å lindre pasienten. En tredje gruppe mente at lindrende sedasjon var nær eutanasi, og synes det var vanskelig å delta i behandlingen. Uansett synspunkt rapporterte alle informantene at lindrende sedasjon var positivt for pasientene.

**Konklusjon:** Problemene sykepleierne i denne studien opplever, indikerer at det trengs mer forskning på emnet. Videreutdanning og diskusjon rundt de etiske aspekter av lindrende sedasjon antas å kunne gjøre arbeidet lettere.

## **Artikkel 5: The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: A systematic literature review.**

(Abrashi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J. & Payne, S. 2014)

**Hensikt:** Systematisk gjennomgang av sykepleiernes holdninger og praksis ved sedasjon i terminal fase.

**Metode:** Systematisk oversikts litteraturstudie. Totalt 10 studier er med i denne presentasjonen. Samlet finnes det informasjon fra 7515 sykepleiere fra syv land, der i blant Norge. Studiene som er gjennomgått er heterogene i design, hensikt og metode.

**Resultat/funn:** Sykepleierne har forskjellig bakgrunn og kompetansenivå på området. Dette gir et variert bilde av temaet. Basert på funnene fra de tidligere studiene ble det delt inn resultater i flere tema. Deriblant sykepleieres holdninger til behandlingen og sykepleiers erfaringer rundt behandling for pasienten ved livets slutt. På generell basis har sykepleiere stort sett en positiv, men forsiktig holdning til palliativ sedasjon. Flertallet ser praksisen som en siste utvei for pasienter der annen behandling ikke har lindret de vanskelig håndterbare symptomene. Sykepleierne påvirkes ofte av utdanningsnivå og erfaring på feltet.

**Konklusjon:** Denne undersøkelsen fremhever holdninger blant et bredt spekter av sykepleiere. De fleste sykepleierne administrerte sedasjon inntil døden innenfor de gitte omstendigheter. Grunnet fordelene behandlingen gir når det kommer til å kontrollere symptomer og lidelse som ellers ikke kan lindres. Enkelte sykepleiere opplever likevel behandlingen som problematisk og sykepleierne bør støttes opp av retningslinjer og opplæring på temaet.



#### 4.1 Kort presentasjon av hovedfunn

- Usikkerhet om hva lindrende sedasjon er skaper usikkerhet blant sykepleiere.
- Sykepleiere med erfaring opplever lindrende sedasjon mindre vanskelig enn de med lite erfaring.
- Selvtilliten som kommer med erfaring hjelper sykepleiere å stole på seg selv og ta rette avgjørelser.
- Det er etisk problematisk når pasienten ikke kan kommunisere med sykepleiere. Dette kan være grunnet sykdomsbilde eller sedasjon.
- I alle undersøkelsene fremkommer det at enkelte sykepleiere trekker paralleller mellom lindrende sedasjon og eutanasi.
- Den lindrende effekten sees stort sett på som positivt for både pasient og pårørende og anses som et siste alternativ for symptomer som ellers ikke er kontrollerbare.

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven brukes teorien og forskningsresultatene som er presentert over til å drøfte hvordan sykepleiers holdninger og erfaringer kan påvirke lindrende sedasjon i praksis. Først drøftes sykepleiers opplevelser av å forkorte pasientens liv ut fra ikke-skade prinsippet og pasientens rett til å medvirke behandlingen gjennom prinsippet om respekt for autonomi. Deretter drøftes de positive innvirkningene lindrende sedasjon kan ha for pasientene ut fra velgjørhetsprinsippet. Til slutt sees det på hvordan arbeidserfaring kan påvirke holdningene til sykepleiere og hva dette kan føre til i praksis.

### 5.1 Redsel for å skade pasientene

I praksis oppleves det som at det eksisterer en frykt for å skade pasienter. Redsel for å gi feil medikamenter eller for store doser, blir ofte diskutert blant sykepleiere og sykepleierstudenter. Lindrende sedasjon virker spesielt omdiskutert. Jeg har flere ganger hørt uttalelser om redsel for å fremskynde eller direkte forårsake døden til terminalt syke pasienter som får denne behandlingen.

At enkelte sykepleiere tenker på denne måten støttes opp av forskning. De Vries og Plaskota (2016) viser gjennom sin studie at det foreligger en usikkerhet rundt hvorvidt lindrende sedasjon kunne eller ville føre til pasientens død, samt at de reflekterte over dette som en mulighet. Rietjens et al., (2007) viser i sin studie forskjellige holdninger blant sykepleiere. Lindrende sedasjon var av enkelte trodd å ha en livsforkortende virkning, noe som i enkelte tilfeller kunne aksepteres grunnet pasientens symptomer. Andre mente at behandlingen ikke fremskyndet døden og en tredje gruppe mente at lindrende sedasjon var nær eutanasi. Den tredje gruppen opplevde det problematisk å delta på denne typen behandling. I en systematisk litteraturgjennomgang (Abarshi et al., 2014), finnes det at noen av sedasjonsmetodene ble oppfattet som nær eutanasi. Sykepleiere opplevde at sedasjon ble gitt med subtile intensjoner om å fremskynde døden hos terminalt syke. Disse holdningene fra forskningen reiser spørsmålet om sykepleiere ser på lindrende sedasjon som det samme som eutanasi?

I Gran og Millers (2008) studie, kom det til motsetning frem at det bare er en av sykepleierne som følte at lindrende sedasjon var etisk vanskelig, grunnet muligheten for å fremskynde

døden. Siden det finnes klare forskjeller mellom lindrende sedasjon og eutanasi, leder disse funnene til tanken om at det foreligger en usikkerhet blant sykepleiere om hva lindrende sedasjon er, og hvilke effekter behandlingen har.

Man kan med utgangspunkt i ikke-skade prinsippet forstå at det kan føles som man skader pasienten, når man administrerer de forskrevne medikamenter og pasienten dør i etterkant. Det strider imot både lovverket og det etiske grunnlaget sykepleien bygger på å skade pasienter. Med dette i tankene, kan det forstås at det oppleves ubehagelig å være med på sedasjon. Nilsson og Tengvall (2013) beskriver i sin studie at størsteparten av sykepleierne som deltok i undersøkelsen hadde tanker om at lindrende sedasjon grenset til eutanasi. Grensen mellom de to føltes vag. I tillegg ble det uttalt at enkelte var redd for «å gi den siste injeksjonen». En kan hevde at dette kan gå utover behandlingen, da det i slike tilfeller er nærliggende å tenke at en blir tilbakeholden og pasienten på sin side kan lide unødvendig. Et lignende tema er belyst av Winger og Leegaard (2016, s. 179). De sier at pasienter med et høyt forbruk av sterke smertestillende har fått utilstrekkelig lindring grunnet helsepersonells redsel for store doser. Frykt, fordommer og mangel på kunnskap står da i veien for den behandlingen som pasienten har krav på.

Man kan også argumentere for at pasienten ikke skades ved bruk av opiat og at lindrende sedering ikke er årsaken til døden. Effekten av opiat på den døende pasienten er et hyppig misforstått aspekt av smertelindring. Det finnes økende mengder bevis som fordriver myten om at respirasjonsdepresjon er en uunngåelig konsekvens av bruken av opioider til terminalt syke (Becker, 2010, s. 67). Det er rimelig å si at denne myten kan være en grunn til at pasienter som sårt trenger smertelindring ikke blir tilstrekkelig lindret for sine symptomer. Det er tvert imot slik at tilstrekkelig smertelindring fører til at pasienter i denne fasen lever lengre (Brenne & Dalene, 2016, s. 640-644). Både Brenne og Dalene (2016, s. 644) og Becker (2010, s. 67) synes her å være enige om at lindrende sedering ikke fremskynder døden hos terminalt syke.

I henhold til Beauchamp og Childress (2013, s. 164), kan en bruke doktrinen om dobbel effekt til å spesifisere prinsippet om ikke-skade. Dette inkorporerer en vesentlig forskjell i skillet mellom tilsiktede virkninger av en handling og de forutsette virkninger som kan oppstå. Etisk forsvarer dette handlinger som har både gode og dårlige effekter. Forskningen i litteraturstudien gir eksempler der sykepleier bruker dobbel effekt til å rettferdiggjøre

eventuell utilsiktet skade, grunnet at behandlingen ble brukt i lindrende hensikt (Abarshi et al., 2014). Et argument som ikke kan oversees, er at terminalt syke opplever symptomer som krever lindrende behandling. Brenne og Dalene (2016, s. 640-644) skriver at dette også gjelder tilfeller der smerter bare kan lindres med så store doser at det ikke kan utelukkes at dødstidspunktet fremskyndes. En tidligere død blir i slike tilfeller sett på som en uønsket bivirkning. Da hensikten er god, anser forfatterne dette som etisk akseptabelt. En kan ut i fra dette begrunne at eutanasi er galt, grunnet at medikamenter blir gitt i den hensikt å utføre et medisinsk drap. En behandlingsmetode som kan ha uønskede bivirkninger rettfærdiggjøres gjennom den samme tankegangen, grunnet de gode behandlingen i hovedsak gir.

I de tilfeller der andre tiltak er utprøvd uten tilfredsstillende effekt støtter dette lindrende sedasjon som et siste alternativ. Med grunnlag i dette er det riktig at terminale pasienter som trenger smertelindring grunnet store lidelser kan få lindrende sedasjon, uansett utfall, så lenge hensikten er å lindre lidelse. Den forsiktigheten som erfares blant sykepleiere i praksis er selvsagt viktig, da medikamenter som gis i lindrende sedasjon kan ha fatale bivirkninger. Det er imidlertid også sentralt å huske på at man har et ansvar overfor pasientene. De har krav på faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999), noe jeg vil hevde betinger tilstrekkelig smertelindring.

## 5.2 Å lytte til pasientens stemme – selv når den ikke er der

Pasientens rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester er nedskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1. Paragrafen beskriver at det skal legges stor vekt på hva pasienten mener i utforming av tjenester. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, har pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. En døende pasient, har ifølge § 4-9 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), rett til å motsette seg livsforlengende behandling.

Disse paragrafene betyr ikke at pasienter kan kreve en bestemt behandling. De har derimot på informert grunnlag rett til å avslå tilgjengelig og anbefalt behandling, samt medvirke til den behandlingen som mottas. Pasientens medvirkningsrett frigir heller ikke helsepersonell fra å ta avgjørelser som sikrer at pasienten får forsvarlig behandling (Helsedirektoratet, 2015b).

Gran og Miller (2008) fant i sin studie at flertallet av sykepleierne følte at dyp palliativ sedasjon gav opphav til vanskelige situasjoner og disse var ofte knyttet til pasientens kommunikasjonssevne. Spesielt i tilfeller der pasienten selv ikke kunne, eller ønsket, å delta i avgjørelser i henhold til behandlingen. Liknende synspunkter kommer frem i De Vries og Plaskotas (2016) intervjuer hvor det uttales at det å ikke kunne kommunisere med pasienten grunnet sykdomsbildet, gav opphav til etiske problemer.

Både ifølge autonomiprinsippet og de norske lover har en pasient rett til å ombestemme seg når som helst i behandlingsforløpet. I følge Beauchamp og Childress (2013, s. 113), kan ens ønsker endres over tid. Valg en har tatt i en bestemt sinnstilstand, kan en ønske å gjøre om i etterkant. Etiske og fortolkende problemer kan oppstå når en persons nåværende valg går imot tidligere valg. Det kan tenkes at dette vanskeliggjør sykepleien til pasienter som ligger dypt sedert, da de ikke lenger har muligheten til å uttrykke sine behov, eller ønsker om å endre retning på behandlingen. Dette kan forklare at det i både Gran og Miller (2008) og Nilsson og Tengvalls (2013) forskning, finnes at sykepleiere er usikre på om pasienten fortsatt lider under lindrende sedasjon. Begge studiene vektlegger at manglende kommunikasjon gir opphav til etiske dilemma i forbindelse med behandlingen.

I situasjoner der sykepleierne var sikre på pasientens synspunkter og ønsker i henhold til sedasjon, opplevdes det ikke som etisk vanskelig å være en del av behandlingen (Gran & Miller, 2008). Et liknende tema belyses i Rietjens et al., (2007) studie, der pasientene selv ber om lindrende sedasjon, grunnet at de ikke ønsker å lide. Sammen med de opplevde symptomer brukes dette som en grunn til å igangsette lindrende sedasjon. Disse to funnene kan brukes for å argumentere for bruken av kartleggingsverktøy. *Advance care planning* eller en forhåndssamtale der pasienten har mulighet til å uttrykke sine framtidige ønsker angående behandling mot slutten av livet kan benyttes. Dette gjelder også om pasienten skulle miste evnen til kommunikasjon i etterkant av samtalen (Friis & Førde, 2017). Slike samtaler anbefales av Helsedirektoratet (2013) som et hjelpemiddel i beslutningsprosessen som kan lede til lindrende sedasjon i terminal fase.

Usikkerheten som oppleves blant sykepleierne forteller muligens om balansegangen mellom autonomi og paternalisme, og hvordan dette påvirker yrkesutøvelsen når det kommer til lindrende sedasjon. Pasientene har en lovbestemt rett til selvbestemmelse og det etiske prinsippet om respekt for autonomi ligger dypt i vår bevissthet og påvirker holdningene våre.

Med grunnlag i dette kan det argumenteres for at det oppleves vanskelig å ha en pasient som er dypt sedert og dermed mangler evnen til å kommunisere. Det kan da være vanskelig å forsikre seg om at pasienten ikke opplever lidelse, eller har endret sitt ønske om lindrende sedasjon.

I henhold til Brenne og Dalene (2016, s. 650) vet man at all annen symptomlindring skal være utprøvd, lindrende sedasjon brukes kun som et siste alternativ for å lindre symptomer der annen symptomlindring ikke strekker til. Beslutningen om å starte slik behandling skal bygge på en grundig vurdering av kvalifisert personell. Dette kan være en mulig støtte når en opplever usikkerhet omhandlende pasientens smertelindring, eller om han/hun fortsatt ønsker lindrende sedasjon. Som utdannet helsepersonell, kan man argumentere for at det er til pasientens beste å være sedert, da en vet at pasientene opplever ukontrollerbare symptomer uten denne behandlingen. Dette støttes også av Helsepersonelloven (1999), gjennom § 4, om fagligforsvarlighet som handler om å gjøre det beste for pasienten.

Behandlingen skal tilstrebe en sedasjon som er dyp nok til å lindre pasientens plager, men at heving av bevissthetsnivå også bør prøves i de fleste tilfeller. Hvis det fremkommer at pasienten fortsatt opplever uholdbare symptomer, er det både faglig og etisk forsvarlig å sedere pasienten igjen uten at bevissthet er gjenvunnet (Brenne & Dalene, 2016, s. 650). I slike tilfeller er det rimelig å argumentere for at pasientens kroppslige symptomer og urolighet ved heving av bevissthetsnivået gir en bekreftelse på at pasienten trenger videre sedasjon. I tilfeller der pasienten gjenvinner bevisstheten og kan kommuniseres med blir situasjonen lettere da pasientens ønsker kan tas hensyn til.

### 5.3 Å lindre lidelse

Brenne og Dalene (2016, s. 640-644) skriver at god sykepleie til døende pasienter har som mål å fremme lindring, komfort og trygghet. I livets slutfase er de vanligste symptomene smerter, agitasjon og delirium. Slike symptomer krever symptomlindrende behandling. Dette gjelder også i tilfeller der smerter bare kan lindres med så store doser at det ikke kan utelukkes at dødstidspunktet fremskyndes. Det er fundamentalt i sykepleierarbeid å lindre lidelse og dette er nedskrevet i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2016) og i Helsepersonelloven (1999) som begge støtter opp om velgjørenhetsprinsippet gjennom at en skal yte omsorgsfull hjelp. De yrkesetiske retningslinjene bygger på

velgjøringsprinsippet og har røtter tilbake til Hippokrates legeed. Dette er drivkraften bak sykepleiers arbeid. Kunnskapen skal brukes til å fremme det gode og unngå det som skader (Sneltvedt, 2016, s. 100).

Gran og Millers (2008) studie viser eksempler der lindrende sedasjon ble brukt som en intervensjon som ga pasientene en verdig og bedre avslutning på livet. Da opplevdes det ikke etisk vanskelig for sykepleierne. De følte at sedasjon gav økt livskvalitet og verdighet gjennom å lindre alvorlig lidelse. De la stor vekt på pasientens ønsker, komfort og verdighet. Lignende synspunkter kommer også frem i intervjuer av hospice sykepleiere (De Vries & Plaskota, 2016). De ønsket å tilrettelegge for en fredfull død der pasientene var rolige, avslappede og smertelindret. Alle sykepleierne i denne studien uttrykte usikkert i henhold til om døden ble fremskyndet, men samtidig støttet de seg på at sedering var til det beste for pasientene. Dette indikerer at nytten av lindrende sedering er tydelig for sykepleiere som jobber med dette, men at det foreligger en usikkerhet hvorvidt slik behandling kan fremskynde døden. Verdien av lindrende sedasjon kommer også frem i Rietjens et. al (2007) studie hvor alle deltagerne oppgir at bruk av lindrende sedering hadde positivt påvirket pasienters livskvalitet frem mot døden. Dødsprosessen ble mer komfortabel og fredfull både for pasienten og de pårørende.

I henhold til Beauchamp og Childress (2013, s. 202) er man bundet av moral, ikke bare til å avstå fra å påføre skade, men også bidra til velbehag gjennom å igangsette tiltak for å bedre pasientens situasjon. Å administrere palliativ sedering til terminale pasienter kan sees på som et tiltak med både positive og negative sider. En kan da bruke nytte-prinsippet, hvor en veier goder opp mot risiko. Det gode skal da gjøre større nytte og veie opp for eventuelle negative konsekvenser som kan forekomme (Beauchamp & Childress, 2013, s. 202). Dette kan forklare holdningene som fremkommer i forskningen. Sykepleierne ser nytten av sedering, og erfarer at dette gir pasienten en bedre avslutning på livet. Samtidig er det viktig å være klar over at medikamentene som administreres kan gi alvorlige bivirkninger. Gjennom nytte-prinsippet og erfaringene som fremkommer i forskningen, kan man argumentere for at eventuelle negative konsekvenser av lindrende sedasjon ikke påvirker om lindrende sedasjon er etisk riktig. Slik jeg ser det veier de positive sidene ved lindrende sedasjon opp for de negative konsekvensene som eventuelt kan oppstå. Dette støttes også opp av funnene til Gran og Miller (2008) og De Vries og Plaskota (2016).

## 5.4 Holdninger farges av erfaring

Temaet kan også belyses ut fra erfaringen den enkelte sykepleier har. Lillestø (2010, s. 405) skriver at vitenskapeligbasert kunnskap er en forutsetning for å yte god sykepleie, men vektlegger også viktigheten av erfaring. Tilegnet erfaring over tid gir økt trygghet og kunnskap om hvordan en på best måte yter god sykepleie.

Et likhetstrekk fra forskningen er at sykepleierne med minst erfaring med palliativ sedasjon opplever det vanskeligere enn de med mer erfaring. Dette forklarer at erfaring spiller en stor rolle når det er snakk om holdninger til lindrende sedasjon. Rietjens et al. (2007) poengterer at noen sykepleiere, spesielt de med lite erfaring med lindrende sedasjon, følte at lindrende sedasjon var tilnærmet likt eutanasi. I Abarshi et al. (2014) kommer det frem at erfaringsnivået blant sykepleierne er varierende og måten å forholde seg på ser ut til å endres med økende erfaring. Eksempelvis endret noen av deltagerne mening om lindrende sedasjon etter å ha sett fordelene for pasientene. Gran og Miller (2008) finner i sin studie at 20% av sykepleierne som jobbet på sykehus har videreutdanning. Til motsetning har 56% av sykepleierne som jobber kun med palliasjon videreutdanning i emnet. Det fremkommer også at det er yngre gjennomsnittsalder blant de ansatte på sykehus. Funnene fra studien til De Vries og Plaskota (2016) indikerer at nyutdannede sykepleiere opplever det frustrerende, samt har en følelse av å ikke strekke til når pasienten ikke responderer på forskrevne medikamenter. De beskriver at beslutninger blir vanskelige å ta på egenhånd. I lys av dette kan det tenkes at uerfarne sykepleiere er redd muligheten for å fremskynde pasientens død, og dermed er unødvendig tilbakeholdne med medikamenter. Jeg har sett flere tilfeller der slik tankegang har ført til at pasienter får minstedosen av forskrevne medikamenter.

I henhold til Den Norske Legeforenings retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase, kan lindrende sedering forsøkes i perioder og situasjonen fortløpende vurderes (Den Norske Legeforening, 2014). Det er nærliggende å tenke at en tilbakeholdenhet med medikamenter kan være en årsak til at lindrende sedering ikke er hyppigere i bruk. Når det konsekvent blir brukt små doser, selv om pasienter kunne ha trengt mer, vil det kunne føre til at lindrende sedering ikke utprøves etter retningslinjene. Dette kan føre til at pasienter i terminal fase opplever symptomer som kunne vært lindret. I tilfeller der pasienter er godt smertelindret gjennom forløpet kan det tenkes at en glidende overgang mot lindrende sedasjon hadde



kommet mer naturlig og dermed utprøvd oftere. Som Becker (2010, s. 67) skriver, er det ikke etisk berettiget at pasienter lider, når det foreligger metoder som kan lindre pasienten.

Helsepersonelloven (1999) må tas hensyn til i denne diskusjonen, da det stilles krav til fagligforsvarlighet utfra kvalifikasjoner. Sykepleiere kan deles inn i kompetansenivå der bachelorutdanning i sykepleie skal gi grunnleggende kunnskaper innen lindrende behandling. Høyere kompetansenivå følger videreutdanning på emnet (Helsedirektoratet, 2015a). Selv om ikke alle sykepleiere har samme kvalifikasjoner og grunnlag til å gi forsvarlig smertelindring, skal ikke dette gå ut over den behandlingen den enkelte pasienten mottar.

Rettferdighetsprinsippet fastsetter at likeverdige skal behandles likt og alle mennesker er likeverdige (Beauchamp & Childress, 2013, s. 250).

Det er ikke bare den enkeltes ansvar at arbeidet er faglig forsvarlig, men også virksomhetens (Molven, 2016, s. 132). I henhold til Helsedirektoratet (2015a) er det en forutsetning for god palliasjon at personalet har nødvendig faglig kompetanse og både arbeidsgivere og utdanningsinstitusjoner har et ansvar for at denne kompetansen opparbeides. Med grunnlag i dette kan det hevdes at det er for lite fokus på palliasjon i grunnutdanningen. Dette er et stort fagfelt som bare blir introdusert på en grunnleggende nivå i sykepleierutdanningen. Det finnes også en mulighet for at det gis for lite opplæring når en kommer ut i arbeidslivet. Kvaliteten og kunnskapsutviklingen på sykepleien er avhengig av at ledelsen arbeider for dette. En virksomhet preget av kvalitet trenger standarder og prosedyrer som bygger på forskning og kunnskapsbasert praksis (Jakobsen, 2014, s. 51-55). Det er arbeidsgivers ansvar at organisering av virksomheten er god, da bør det foreligge klare retningslinjer og arbeidsbeskrivelser (Renolen, 2015, s. 163). Det er rimelig å si at arbeidsgiver bør stå for god opplæring for å kvalitetssikre den behandlingen pasienter mottar. Dette kan hjelpe sykepleiere å opparbeide kompetanse og erfaring på området. I Gran og Miller (2008) studie kommer det frem at tilsyn og retningslinjer fra arbeidsgiver gjør arbeidet med lindrende sedasjon lettere og dette er viktig for sykepleiere. Dette vises også i Abarshi et al. (2014) at tydelige retningslinjer kan være nyttig for å forsterke lindrende sedasjon som en etisk akseptabel behandlingsmetode. Det er naturlig at nyutdannede sykepleiere trenger støtte og retningslinjer i henhold til lindrende sedasjon, da dette er en behandlingsmetode som er forbundet med risiko for pasienters liv. Det er forståelig at det reflekteres over de etiske dilemmaer som møtes og at den enkelte sykepleiers holdninger fargers av erfaring.

## 6.0 Avslutning

Som sykepleier er en forpliktet gjennom Helsepersonelloven og yrkesetiske retningslinjer til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Dette legger føringer for at vårt arbeid skal bygge på evidensbasert kunnskap, samtidig som man skal gjøre det rette for pasienten. Det er både den enkeltes og virksomhetenes ansvar at pasientene får den hjelpen de har krav på.

Pasienter i terminal fase opplever mange og sammensatte symptomer. I denne fasen av livet er lindrende tiltak sentrale. Lindrende sedasjon viser seg å være et viktig tiltak for pasienter med symptomer som ikke kan lindres på noen annen måte. Denne behandlingen kan da bidra til å gi en fredfull avslutning på livet. Samtidig viser både forskning og erfaringer fra praksis at sykepleiere har varierende holdninger til denne behandlingen. For mange oppleves det etisk vanskelig, enten grunnet pasientens manglende evne til å kommunisere eller grunnet en følelse av å forkorte pasientens liv.

Resultatene i forskningen viser at spesielt nyutdannede og de med lite erfaring innen palliasjon er usikre både på hva lindrende sedasjon er og virkningene av denne behandlingen. Det er rimelig å anta at dette påvirker deres holdninger overfor denne typen behandling. Dette indikerer at det bør settes mer fokus på lindrende sedasjon som et alternativ for å lindre smerte når ingen andre tiltak er tilstrekkelig. Økt oppmerksomhet rundt lindrende sedasjon vil kanskje gi en forståelse av at behandlingen ikke utgjør noen stor risiko for pasientene. Lovverk og retningslinjer bygger et solid grunnlag en kan bruke for å støtte opp lindrende sedasjon som et behandlingstilbud som er både etisk riktig og faglig forsvarlig, selv om en ikke har erfaring å støtte seg på.

Lindrende sedasjon er en behandling som er forbundet med risiko for fremskyndet død hos pasienter. Av enkelte er denne behandlingen oppfattet som et alternativ til eutanasi. Dette forklarer den eksisterende frykten for å fremskynde døden eller ta livet av pasientene. Det er rimelig å tro at slike holdninger kan påvirke hvordan pasientene får administrert lindrende sedasjon. Dette leder også til tanker om smertelindring som kunne ha ledet opp til lindrende sedasjon. Det er vanlig praksis å gradvis opptrappe medikamenter. Tilbakeholdenhet i den palliative smertelindringen kan derfor føre til at lindrende sedasjon ikke blir utprøvd. Alvorlige smertetilstander blir fortsatt underdiagnostisert og feilbehandlet. Mange får ikke den smertebehandlingen de har behov for. Det kan ikke påstås fra min side at sykepleiers

holdninger er en grunn til for dårlig smertebehandling hos terminalt syke. Arbeidet med denne bacheloroppgaven gjør imidlertid at jeg finner det sannsynlig at holdninger blant sykepleiere kan ha en praktisk innvirkning på en myteomspunnet og kontroversiell behandling.

## 7.0 Referanseliste

- Abarshi, E. A., Papavasiliou, E. S., Preston, N., Brown, J., & Payne, S. (2014). The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 47(5), 915-925.e11. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.06.011.
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford university press.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk: velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brenne, A. T., & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 638-652). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie – 1* (5. utg., s 382-427). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den Norske Legeforening. (2014). *Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase*. Hentet 3. April 2017 fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Retningslinjer/>.
- Eckerdal, G. (2012). Palliativ sedering. I P. Strang, & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. utg., s. 40-43). Stockholm: Liber.

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friis, P., & Førde, R. (2017). Forhåndssamtaler = advance care planning. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 137:462. DOI: 10.4045/tidsskr.16.1049.
- Goodreads. (2017). Isaac Asimov Quotes. Hentet 18. April 2017 fra <https://www.goodreads.com/quotes/2389-life-is-pleasant-death-is-peaceful-it-s-the-transition-that-s>.
- Gran, S., & Miller, J. (2008). Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation. *International Journal Of Palliative Nursing*, 14(11), 532-538.
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling* (IS-2091). Hentet 20. April 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2285). Hentet 20. April 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2015b). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt – å skape liv til dagene* (IS-2278). Hentet 28. mars 2017 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport\\_hdir\\_palliasjonsrapport\\_160315.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf).
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2).
- Jakobsen, R. (2014). *Klar for fremtiden?: Om kvalitet, endring og samarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Johannesen, K. E., & Vetlesen, A. J. (2012). *Innføring i etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaasa, S. (2016). Forskning innen palliasjon. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 51-61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34-50). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 187-235). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 14. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>.
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. utg., s. 393-416). Oslo: Akribes
- Materstvedt, L. J., & Kaasa, S. (2016). Palliasjon og eutanasi. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 83-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og Jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nilsson, A., & Tengvall, C. (2013). One last opportunity: Swedish nurses' experiences of palliative sedation. *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 15(6), E1-E5. doi:10.1097/NJH.0b013e3182930816.

- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 15. Januar 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-%20retningslinjer-for-sykepleiere>.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 1999:2. (1999). *Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/?q=1999:2>.
- Ottosson, J. O. (2012). Eutanasi, assisterat selvmord eller palliativ vård? I P. Strang, & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4. utg., s. 35-39). Stockholm: Liber.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Rietjens, J. A., Hauser, J., Van der Heibe, A., & Emanuel, L. (2007). Having a difficult time leaving: Experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliative Medicine*, 21(7), 643-649.
- Rosland, J. H., & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 328-341). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slettebø, Å. (2014). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97-108). Oslo: Gyldendal akademisk.

Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen damm akademisk.

Thindemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

De Vries, K., & Plaskota, M. (2016). Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. *Palliative And Supportive Care*, 1-10. doi:10.1017/S1478951516000419.

Winger, A., & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 172-197). Oslo: Cappelen damm akademisk.

World Health Organization. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Hentet 18. April 2017 fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet 24. April fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.



## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1

<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Artikkel nummer</b>	<b>Godkjent av etisk komité</b>
Cinahl	Palliative sedation, nurses attitudes	4	5	Ja
Cinahl	Palliative sedation, feelings, nurses	217	1	Ja
Cinahl plus, via University of Liverpool online Library	Palliative sedation, nurses, attitudes	6	4	Ja
PubMed	Palliative sedation, nurses, ethical dilemmas	58	3	Ja
Cinahl plus, via University of Liverpool online Library	Palliative sedation, nurses, experience	91	2	Ja

## 8.2 Vedlegg 2

**“Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer”** (De Vries, K. & Plaskota, M. 2016).

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

**SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV  
FORSKNING**

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:  
1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<b>Ja</b> <input type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b> <i>TIPS:</i> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/>	<b>Uklart</b> <input type="radio"/>	<b>Nei</b> <input type="radio"/>

2

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Data er innsamlet gjennom semistrukturerte intervjuer. Det beskrives tydelig hvordan intervjuer ble gjennomført.</p>
--	---

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Fenomenologisk analyse. Finn er tydelig inndelt i ulike tema. Finn viser både positive og negative opplevelser.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Kontekst er ikke gjort rede for. Bakgrunn for teoretisk ståsted og faglig bakgrunn kommer tydelig fram.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> I diskusjonsdelen underbygges studiens funn gjennom andre kilder på temat som har både lignende og motsidende funn.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>0</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b> Skriftlig samtykke fra hver deltager. Vurdert av etisk komite.</p>		

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>0</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b> Funn oppsummeres og diskuteres</p>		

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Jeg føler at resultatene i denne studien gir et godt og variert bilde på sykepleiers holdninger i forhold til lindrende sedering. Dette gir økt forståelse som kan være nyttig i møte med både terminalt syke og fremtidig kollegaer.</p>
--	---