



Høgskulen  
på Vestlandet

## EKSAMENSINNLEVERING

---

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 516

Antall ord: 8336

## Etiske dilemma og palliasjon i hjemmet.



Antall ord: 8336  
Bacheloroppgave i sykepleie, kull 2014  
Haugesund, 2017

## Sammendrag

**Tittel :** Ethiske dilemma og palliasjon i hjemmet.

**Bakgrunn:** Pasienter som har behov for palliativ behandling er økende. Jeg vil med denne oppgaven ta et dypere dykk inn i sykepleiernes verden, når det kommer til smertelindring og pasienter som vet at de skal dø. Vi vet at det kan være vanskelig å møte triste skjebner sammen med deres familier eller alene hjemme i egen bolig. Det er lett å tenke seg til at dette naturligvis er tøft, men hva sykepleiere ute i felten sier er spennende å undersøke. Formålet er å, gjennom litteratur, belyse erfaringer, utfordringer og etiske dilemmaer i hverdagen til sykepleieren som møter mennesker med døden i hvite øyet.

**Problemstilling:** Hvilke etiske dilemma erfarer sykepleier i omsorgen for den døende pasienten i hjemmet?

**Oppgavens hensikt:** Hensikten med oppgaven var å kikke nærmere på en økende pasientgruppe. For å stå bedre rustet i arbeidslivet som ferdig sykepleier, ble det viktig for meg å reflektere og jobbe med temaet. Å gjøre seg refleksjoner rundt etikk og palliasjon var også en viktig hensikt.

**Valg av metode:** Oppgaven inneholder i hovedsak kvalitative artikler med tanke på å belyse hensikten.

**Resultat:**

Gjennom de forskjellige forskningsartiklene ser jeg at det å jobbe innen palliasjon er utfordrende. Ethiske dilemmaer dukker opp i forskjellige settinger. Noen av utfordringene og faktorer som skapte dilemmaer var:

- For liten tid
- Mangel på kunnskap
- For få sykepleiere på jobb
- Kommunikasjonsvansker
- Pårørendes synspunkter og makt

### Oppsummering

Det var helt tydelig gjennom alle studiene at det kreves gode rammer rundt palliativ pleie og omsorg i hjemmet. Sykepleiere uttalte at det ville være godt med mer undervisning og kollegiale samtaler på arbeidsplassen. Slik ville det vært lettere å møte pasientgruppen som diskuteres her og minske risikoen for etiske dilemma og vanskelige utfordringer. De opplevde

å føle at pleien de gav ikke var god nok. Dette på grunn av flere faktorer som for lite ressurser, lite kompetente pleiere på jobb, kommunikasjons og kunnskapssvikt.

Medikamentell håndtering viste seg også å skape utfordringer. Ikke bare var det mangel på kunnskap også her, men pårørende var ikke alltid enige i at medisinene ble gitt. Sykepleierne la stor vekt på viktigheten av god kommunikasjon, tillitt, relasjoner og verdighet. Dette ville gjort at det ble en bedre totalopplevelse for alle. God kommunikasjon og kunnskaper om hvordan man skal tilnærme seg gjennom erfaring var mangelvare flere steder.

Kommunikasjon er livet til relasjoner.

## Abstract

**Background:** Patients in need of palliative treatment, are increasing. I will take a deeper dive into the world of nurses, when it comes to pain relief and patients that know they will die. We know that it may be difficult to meet sick patients with their families or alone in their own homes. It is easy to imagine, that this is obviously tough, but what nurses in the field says is informative and important. The purpose is, through literature, to illuminate the experiences, challenges and ethical dilemmas of everyday life, nurses meet during their care for palliative patients at home.

**Issue:** Which ethical dilemma nurses experience in the care of dying patients at home?

**Aim:** The purpose of the assignment was to look at an increasing patient group. I want to gain more knowledge about palliation and ethics, when I soon will finish my education, heading to the field. Making reflections about ethics and palliation is also valuable and important.

**Method:** The task contains mainly qualitative articles in order to elucidate the purpose.

### **Result:**

Through the various research articles, I see that working with palliative care is challenging. Ethical dilemmas appear in different situations. Some of the challenges and factors that created dilemmas where:

- Not enough time
- Lack of knowledge
- Too few nurses at work
- Communication difficulties
- Patients family and their opinions

## **Summary**

According to my selected studies, good framework is important, when caring for these patients. More courses and education within work and time to share experiences with colleges, was one of the factors nurses hoped for and found important. This way, it might be easier to meet palliative patients and hopefully reduce the risk of ethical dilemmas and difficult challenges. The nurses felt that the care they gave wasn't good enough due to lack of communication, lack of knowledge, and lack of resources.

Medical management also created challenges. Not only lack of knowledge among nurses, but relatives did not always agree to the medicines that were given. Nurses emphasized the importance of good communication, trust, relationships and dignity. This would make it a better overall experience for both patient, family and nurse. Communication is the life of relationships.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Abstract .....	4
1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2 Hensikt.....	3
1.3 Presentasjon av oppgaven.....	3
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	3
1.5 Lovverk og faglig forsvarlighet .....	4
2.0 Teoridel .....	5
2.1 Palliativ pleie og omsorg .....	5
2.1.1 Kari Martinsens omsorgsteori.....	6
2.1.2 Etikk, konsekvensetikk og moral .....	7
2.1.3 Etske dilemma.....	8
2.1.4 Kommunikasjon .....	9
2.2 Etske hensyn .....	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Inklusjon og eksklusjon.....	11
3.1.1 Inklusjonskriterier .....	11
3.1.2 Eksklusjonskriterier .....	12
3.2 Datainnsamling .....	12
3.2 Forskningsetikk.....	13
3.3 Kildekritikk og kvalitetsvurdering .....	13
4.0 Resultat .....	14
4.1 ). Artikkel 1- In search of legitimacy- registered nurses experience of providing palliative care in a municipal context .....	14
4.2 What is so stressful about caring for a dying patient?.....	15
4.3 Artikkel 3: Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus.....	15
4.4 Artikkel 4: «Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home.»	16
4.5 Administrering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. Palliative medicine. ....	16
4.6 Sykepleiers erfaring med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter .....	17
4.7 Oppsummering av funn .....	17
5.0 Diskusjon.....	18
5.1 Etske dilemma relatert til pasientens autonomi og pårørende .....	19
5.2 Tidspress, kompetansemangel og faglig forsvarlighet .....	20

5.3 Å kommunisere på en måte som oppleves verdig .....	23
6.0 Konklusjon .....	24
Litteraturliste .....	26
Vedlegg 1- PO skjema.....	29
Vedlegg 2 Tabell over søkestrategier.....	30
Vedlegg 3- Tabeller over inkluderte artikler.....	31

## 1.0 Introduksjon

Internasjonale normer fra EAPC, anslår at behovet for senger til døende pasienter er 80-100, per en million innbygger (Haugen&Aass, 2016 s. 116). Mange velger i dag å dø hjemme dersom det er mulig. For at mennesket i livets slutfase skal kunne dø i sitt eget hjem, må både han/hun ønske det og det må være mulig å gi den pleien som er nødvendig og en trygg ramme rundt pasient og pårørende (Birkeland&Flovik, 2014 s.101).

Palliativ omsorg er den aktive, totale omsorgen for pasienter i en periode der deres sykdom ikke lengre responderer på kurativ medikamentell behandling og når kontroll over smerte, andre symptomer og sosiale, psykiske og spirituelle problemer er ordnet (Kaasa&Loge, 2016, s.36).

Gjennom praksis periodene mine har jeg stått i forskjellige situasjoner med pasienter som står ved livets ende. De vet ikke når døden inntreffer, men de kjenner at den er like ved. I dette systematiske litteraturstudiet vil oppgaven drøfte hvilke utfordringer som synes å gå igjen og å være tøffest for sykepleiere uten videreutdanning i palliasjon.

Sykepleieren er underlagt yrkesetiske retningslinjer hvor det står at det er hans eller hennes *fundamentale plikt å fremme helse, forebygge sykdom, lindre og sikre en verdig død* (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Jeg forstår med dette at prinsippet om å ikke volde skade og velgjørhetsprinsippet er grunnleggende at en sykepleier innehar i møte med pasienten.

Videre står det i de yrkesetiske retningslinjene at:

*sykepleierens profesjons etiske ansvar omfatter alle mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til slutt. Retningslinjene sier også at sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder kulturelle rettigheter, retten til liv og valgfrihet, til verdighet og retten til å bli behandlet med respekt* (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Dette forteller at det er grunnleggende for en sykepleier å respektere pasientens autonomi. Herunder kommer også rettferdighet. Likhetsprinsippet. Slettebø skriver at vi fra våre barnsben har lært hvor viktig rettferdighet er og at det er viktig at dette er ivaretatt (Slettebø, 2002 s.85). Alle fire overnevnte prinsipper, er prima face prinsipper. Prima Face, betyr at ingen av prinsippene er absolutte og at det må vurderes i enhver enkeltsituasjon, hvilket



prinsipp som skal veie tyngst (Slettebø, 2002 s. 85). Prinsippene er dypere gjennomgått senere i oppgaven. Punkt 2.2

Som sykepleierstudent har jeg gjennom praksis noe begrenset erfaring med mennesker i livets slutfase. Som snart ferdig sykepleier, ønsker jeg å fordype meg i temaet, slik at jeg har innsikt over etiske utfordringer sykepleiere opplever og står ovenfor, i møte med den døende pasienten i hjemmet eller i sykehjem og sykehus.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg velger å henvende meg til etikken rundt palliasjon, av flere grunner. Gjennom studiet og fem perioder i praksis, har jeg selv stått ovenfor mange etiske utfordringer og dilemmaer, hvor jeg ikke har visst som ble viktigst. Jeg mistet min mor for få år siden og observerte smertelindring, omsorg og pleie for henne ved sykehjemmet og hjemme, i fire hele måneder. Svak paternalisme fikk en ny dimensjon for meg. Det vil si den hårfine balansen mellom å kunne regulere adferd ved å påvise svikt i kompetanse eller frivillighet og å trå over grensen til maktovergrep (Slettebø, 2013 s. 76). Refleksjoner er også en av grunnene til at jeg velger å skrive om etikk og palliasjon. Gjennom refleksjoner blir man dyktigere etter min mening. For å bli en bedre sykepleier og for å tilegne seg kunnskap om faget, må man reflektere. Jeg ser på sykepleie som å stå på tre ben. Erfaringsben, pasientkunnskapsben og refleksjonsben. I denne oppgaven tar jeg for meg de etiske dilemmaene som skaper utfordringer, i møte med den palliative pasienten.

Det fokuseres her på hvilke grunnleggende etiske prinsipper og verdier som utfordres i sykepleien til den palliative pasienten.

Palliasjon er aktiv pleie, omsorg og behandling av pasienten med kort forventet levetid på grunn av ikke kurativ sykdom. Den palliative behandlingen øker livskvaliteten til pasienten og bidrar til en verdig død. Målet er ikke å hjelpe døden nærmere men gjøre den til en del av livet. Fysiske, psykiske og eksistensielle problemer bearbeides sammen med lindring av pasientens fysiske smerter og symptomer som følge av sykdommen og medikamentell behandling (European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO, 2011).

## 1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å sette fokus på en økende pasientgruppe med særskilte behov i livets slutfase. For å kunne stå bedre rustet i arbeidslivet er det viktig å åpne øynene for hvordan etikken ivaretas rundt disse pasientenes og pårørendes vanskelige livssituasjon. Slik ble problemstillingen under til for denne oppgaven. Det settes stort fokus på palliativ pleie i dagens samfunn, og mange blir ikke gitt den behandlingen de trenger.

I mai, 2016 ble det oppnevnt et palliasjons utvalg i regjeringen (NOU), bestående av en bred sammensetning av representanter fra ulike fagmiljøer. Regjeringen ønsker å styrke det palliative tilbudet gjennom å vurdere dagens tilbud. Per i dag, klarer vi ikke å gi gode nok palliative tjenester, til alle mennesker som sårt trenger det. Utvalget skal blant annet drøfte uverdige utskrivninger av palliative pasienter motivert i en kommunal betalingsplikt (NOU nr.11/2016).

## 1.3 Presentasjon av oppgaven

Tema: Etske dilemmaer og palliasjon i hjemmet.

**Problemstilling:** «Hvilke etske dilemma erfarer sykepleier i omsorgen for den døende pasienten i hjemmet?»

Det er mange etske overveielser å ta i møte og pleie av den palliative pasienten. Disse etske overveielsene dreier seg om hvilke konsekvenser de planlagte handlingene kan få (Dalland, 2013, s.95).

## 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Den valgte problemstillingen er meget omfattende. Det finnes mange forskjellige drøftinger og innfallsvinkler ut fra etske dilemma og palliasjon. For å kunne gå i bredden på deler av temaet vil jeg ut i fra forskning se etter et mønster av utfordringer som kan skape dilemma. Jeg ser etter sykepleiere, uten videreutdanning i palliasjon som kan finne det vanskelig og utfordrende å gi opiater, har lite kompetanse, for liten tid til å skape relasjonen som skal til. Etikken ligger i relasjonene. Oppgaven fokuserer ikke på en spesiell diagnose. Definisjonen

av palliasjon, er ikke diagnoseavhengig, jeg kommer derfor ikke til å gå inn spesifikt i enkeltdiagnoser. Oppgaven tar for seg pasienter i hjemmet. Det er også fokusert på etiske dilemma som oppstår til den palliative pasienten i hjemmet.

En palliativ fase, kan være veldig lang. I denne oppgaven fokuseres det på pasienten som har få måneder, uker eller dager igjen å leve. Det fokuseres også her på etiske utfordringer i forhold til å møte den døende, kommunikasjon og samarbeid med pårørende og faglig kompetanse.

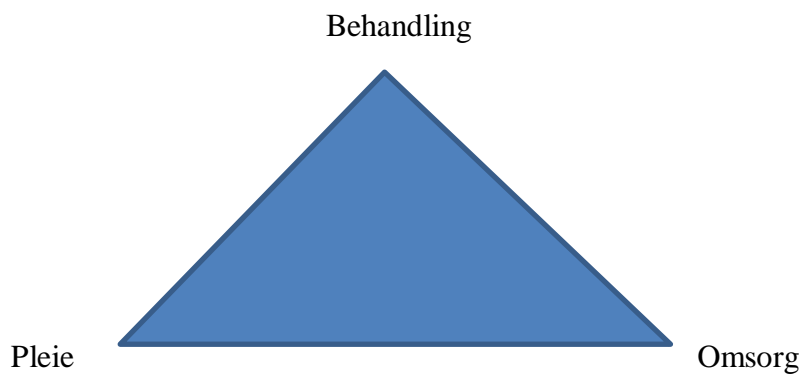
### 1.5 Lovverk og faglig forsvarlighet

I helsepersonell loven, (2017), §4, første ledd, fastslås det at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i henhold til de krav som omhandler faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp slik som det forventes ut i fra kvalifikasjonene til helsepersonell. Dette inkluderer også kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (Lovdata, 2011). Videre står det i §4 at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. De skal også innhente kunnskap eller videresende pasienter dersom dette er en nødvendighet. Dersom det kreves av pasientens situasjon, skal utøvelsen av yrket skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har også plikt til å delta i arbeid med individuell plan, dersom en pasient eller bruker har behov for det (Lovdata, 2011). Molven (2016), skriver at det i forskriftene ikke er definert hva som skiller «faglig forsvarlighet» og «omsorgsfull hjelp». Ifølge Molven (2016), kan man skille disse to begrepene slik: faglig forsvarlighet retter seg mot det faglige, tekniske og andre aktiviteter som er kunnskapsbasert. Å skulle utøve omsorg innebærer etiske avveininger som er knyttet til den relasjons messige måten å opptre på. Omsorg er også oppmerksomhet og kjærighet (Molven, 2016 s. 131).

## 2.0 Teoridel

### 2.1 Palliativ pleie og omsorg

Ifølge Kaasa (2016 s.48), har palliativ pleie, behandling og omsorg, mange praktiske utfordringer til pasienter med kort forventet levetid. Sykepleiers hovedfokus bør være å opprettholde, bedre og tilrettelegge for en så god livskvalitet som mulig for både pasienten og hans eller hennes pårørende (Kaasa, 2016 s. 48). Pasienter med alvorlig/dødelig sykdom, har ofte flere forskjellige plager. I tillegg til de fysiske smertene, som kan være alt fra skjelettsmerter på grunn av metastaser, kvalme eller obstipasjon som følge av opiater, finnes også ofte angstsymptomer eller depresjonslidelse. Disse symptomene kan opptre samtidig, noe som gjør det meget viktig med en bred tilnærming til den sårbare, palliative pasienten (Kaasa, 2016 s. 48). Kaasa (2016) skriver også at pasienter i livets slutt fase, trenger en bred faglig tilnærming. Figuren under illustrerer dette.



Målet med denne behandlingsformen er å lindre plager og gi behandling som forlenger lidelsen unødig. Noen ganger står man her ovenfor dilemmaer hvor det stilles spørsmål om å avslutte en behandling på grunn av belastningen den og sykdommen medfører (Kaasa, 2016 s. 48). Oppgaven er ikke diagnosestyrt, men det må allikevel nevnes at det er antall kreft tilfeller og langt kommet sykdom som ser ut til å regjere. Kaasa (2016 s.46-47), mener at det stadig blir flere eldre i vår befolkning, samtidig også en absolutt økning av krefttilfeller. Dette betyr at det vil være flere mennesker vil trenge spesialisthelsetjenester. Det helsevesenet skal drive med, vil altså bli rettet mot disse pasientgruppene. For å kunne gi god behandling, krever dette at leger, sykepleiere og annet helsepersonell har kunnskap om palliativ behandling på lik linje med annen medisinsk behandling (Kaasa, 2016 s. 46-47).

Slettebø (2013 s.78-79), hevder at det er viktig å se mennesket som helhet og skape sykepleier-pasient relasjoner som er solide. I den sykepleiefaglige delen av etikken kommer man ikke utenom makt begrepet. Makt kan defineres som evnen til å påvirke andre mennesker og den kan brukes på forskjellige måter. Sykepleier må vite hvilken makt hun eller han har for så å dele den med den palliative pasienten (Slettebø, 2013 s. 78-79).

Røgnes, Moen og Grov (2013) mener i sin artikkel, at omsorg av palliativ karakter er veldig krevende. Dette henger sammen med tid. Tid kan det mange ganger være for lite av, noe som igjen kan føre til forvirring. Man jobber også mye alene som sykepleier, hvilket heller ikke taler i positiv retning. Mange sykepleiere skulle ønske at det var litt større fokus på deres helse og velvære, slik at det å jobbe med dødende mennesker ikke ble like tungt. Det er ikke få ting som skal være iboende en sykepleier som jobber med denne pasientgruppen. Hun eller han må ha orden på kommunikasjon, være faglig dyktig, ha god observasjonsevne og fungere godt i samhandling. De skriver også i sin artikkel at det er bevist positiv effekt av refleksjon og støtte fra kolleger og ledere reduserer svikt i den mentale og fysiske helsen (Røgenes, Moen og Grov, 2013).

### 2.1.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Martinsen har en teori som handler i stor grad om relasjoner, omsorg og medmenneskelighet. Det er henholdsvis hennes teori som bærer denne delen av oppgaven, da undertegnede ser klare linjer mellom hennes omsorgsteori og problemet og utfordringene som omtales her. Martinsens sykepleietenkning, baserer seg i hovedsak på en verdioppfatning der det er fundamentalt at et menneskeliv består av relasjoner. Hun mener at vi mennesker er avhengige av hverandre og hvor fremtredende det blir når den ene parten trenger hjelp. Omsorg er svaret på avhengigheten, mener Martinsen :

*«En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende, og respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlattelsessynder» (Martinsen, 1991: 16) fra (Slettebø, 2013 s.75).*

Martinsen, som er sterkt påvirket av Løgstrup og Levinas knytter teoretisk refleksjon og praksis i sykepleie, samt diakoni sammen på en fin måte. Dette er viktig, da mennesker ofte

kan føle seg usynlige i et stort apparat, som omsorgen jo er. Hvordan identitet, frihet og selvrespekten er ivaretatt. Å være totalt avhengig av andres hjelp og samtidig ikke kunne gjøre noe fra eller til kan lede til andre lidelser enn primær sykdommen. Hun setter fokus på hvor viktig det er å beholde sin identitet og selvforståelse og ikke bli et objekt for anvisninger og observasjoner (Foss, 2005 s30-31).

Martinsen skriver i sin «Løgstrup og sykepleie» om nesten og nestebegrepet. Herunder betydende at man skal elske sin neste som man elsker seg selv. Begrepet er et relasjonsbegrep og dreier seg i stor grad om vår gjensidige avhengighet, holdninger og sårbarhet (Martinsen, 2012 s. 100-105). Etikken finnes rundt oss som sykepleiere hele tiden, i større eller mindre grad. Utfordringene også, ikke minst. Martinsen (2012), skriver at etikken springer ut fra andres nød og at det finnes en trang til å gripe inn dersom noen krenker noen. Det er noe ukrenkelig og verdifullt i alt som er levende. Videre i boken skriver hun at det er utenfor oss i den sårbare liv at apellkraften kommer til syne. Den andres liv legges på mange måter i våre hender i situasjonen vi står sammen i (Martinsen, 2012, s. 33).

Kommunikasjon er essensielt i all pleie. Det kan være verbalt eller nonverbalt. Jeg skal ikke gå inn på begrepene, men vil belyse noen av Martinsen sine tanker rundt dette.

Som samtale kunstner i møte med den pasienten, som er sørgende eller smertepåvirket, er det viktig at sykepleier er sammen med mennesket og møte det der det befinner seg (Martinsen, 2012 s. 181). Når vi snakker om omsorg og kommunikasjon til den palliative pasienten vil jeg peke på hvordan Martinsen mener at samtalen er en veldig viktig del, av den åndelige omsorgen. Man skal være oppmerksom på pasientenes eksistensielle spørsmål, lytte til pasientenes livshistorie og ikke minst hjelpe pasienten i hans/hennes leting etter spørsmål og svar. Videre skriver hun at det er viktig at utgangspunktet for samtalen er pasienten. Det er altså viktig å ikke ta utgangspunkt i seg selv. Da blir det fort feil for den døende (Overgaard, 2003 s.110).

### 2.1.2 Etikk, konsekvensetikk og moral

Moral er noe alle av oss har. Dette er normer og verdier som er iboende i oss og som vi praktiserer og forholder oss til. Etikken dukker opp når vi må reflektere over våre moralske standpunkter, eller når vi er usikre på hvordan noe skal gjennomføres. Det kan være nødvendig å veie for og imot i sin argumentasjon (Carson & Kosberg, 2011 s.12-13). Spørsmålene kan være mange i situasjoner for sykepleiere som behandler og utøver omsorg og pleie til mennesker i en palliativ fase i livet, vel vitende om at døden er et faktum

Hippokrates tilskriver det etiske prinsippet «framfor alt ikke skade». Dette innebærer at det til enhver handling innebærer en risiko og at det noen ganger kan være best ikke å gjøre noe i det hele tatt dersom en risiko er å gjøre mer skade (Carson, 2011 s. 156).

**Konsekvensetikk:** Sykepleier har plikt til å sørge for pasientens beste og ikke volde skade på noen måte. Det er konsekvens etiske prinsipper som sier noe om hvilke konsekvenser sykepleiers handlinger gir pasienten (Slettebø, 2013 s.103).

### 2.1.3 Etiske dilemma

Det er flere etiske dilemmaer som kan oppstå i et slikt syn som Martinsen har. Nemlig et moralsk begrep som er basert på prinsippet som handler om ansvar for de svakeste. Prinsippet om ansvar for den svake gjør at makt og avmakt og forholdet mellom velgjørenhet og autonomi blir et problem. Martinsen sier:

*En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende, og respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlattelsessynder (Martinsen, 1991:16).*  
(Slettebø, 2013 s.75).

Martinsen er meget opptatt av moral i sin teori. Hun mener at alle mennesker er avhengige og sårbare (Slettebø, 2013 s.76). Alle mennesker innehar forskjellig styrke og toleransegrense, samtidig som alle kan nå et punkt hvor det er nok og vi trenger hjelp av hverandre. I møte med mennesker i livets slutfase er dette flotte verdier og en viktig tankegang. Hun mener at vi gjennom våre holdninger for andre har en iboende moralsk verdi. Vi kan skape utrygghet med vår stemme og vårt blikk. Vi kan skape trygghet og varme med det samme (Slettebø, 2013 s. 76).

Slett ikke sjelden dukker dilemmaer opp i behandling og omsorg til mennesker som er ved livets ende. Målet med lindrende behandling er, å lindre plager men samtidig ikke forlenge livet unødige. Det hender at avgjørelsen om hvorvidt livsforlengende behandling er hensiktsmessig, belastningen og plager fra sykdommen, tatt i betraktning. Disse beslutningene er vanskelige og ta og må absolutt være basert på en jevn og lang dialog med alle som er

tilhørende et tverrfaglig team, rundt pasienten og hans eller hennes pårørende (Kaasa, 2016 s. 48).

Ifølge Bogstad og Paulsen (2015), er det viktig å spørre seg eller reflektere over hva som er viktigst å legge vekt på når vi står i et etisk dilemma.

#### 2.1.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er essensielt i våre liv, både i og utenfor et sykehjem eller sykehus og i hjemmet. Det som gir næring til relasjoner er kommunikasjonen. Den skaper fortrolighet og gjør oss til bedre mennesker. Man skal formidle et budskap eller en beskjed. For å skape en psykisk tilknytning til våre medmennesker må vi kommunisere (Rokstad, 2014 s.38-40). Det finnes mange ulike måter å kommunisere på. Hvordan man tilnærmer seg hverandre og skaper relasjoner og tillitt blir viktig i møte med pasienter i en svært sårbar situasjon. Jeg har gjennom mitt liv, erfart at ingen mennesker er like, hvilket gjør at man som sykepleier må lære seg å møte mennesket der det befinner seg.

Kaasa (2016), skriver at pasienter i denne fasen av livet, kan oppleve psykisk ubehag. Dette kan innebære forbigående psykiske lidelser, noe som ikke krever spesifikk behandling. Det som blir viktig er å inneha alminnelig respekt, forståelse og interesse for situasjonen til pasientene. Den kommunikative delen i slike tilfeller må tilpasses. Adekvat og tilpasset informasjon om pasientens kreftsykdom eller annen sykdom vil kunne redusere angsten og usikkerheten. Dette innebærer absolutt ikke å fortelle alt legen har sagt eller funnet ut, men heller å gi informasjon etter en vurdering av oppfatningsevne, situasjon og behov. Dette innhenter man kun ved å lytte og spørre. Hva vet pasienten? Hva ønsker pasienten å vite? Hva er det pasienten tenker vil skje? (Kaasa, 2016 s. 491).



## 2.2 Ethiske hensyn

Oppgaven tar for seg utfordringer og etikk i sykepleierens erfaringer med palliasjon. De fire prinsippene som bestemmer rammeverket i sykepleiens etikk er definert under.

*Autonomiprinsippet:* Autonomi er selvregulering. Det kan ses på som en egenskap ved individet. Som prinsipp, vil autonomi si at pasientens ønsker og behov skal respekteres og telle i behandling og pleie. Pasienten skal altså bli hørt og få sine meninger og ønsker på bordet. I de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere kommer dette tydelig frem (Slettebø, 2013 s.89). Her står det at sykepleier skal respektere pasientens rett til å selv foreta valg (NSF, 2011;pkt.2.5:s.8). Ut i fra pasientens medisinske tilstand vurderes det i hvilken grad han eller hun har autonomi. Dette kan variere fra å ikke ha autonomi i det hele tatt, til full autonomi. Pasienters medisinske tilstand, bestemmer dette (Slettebø, 2013 s.89).

*Ikke-skade prinsippet og velgjørenhetsprinsippet:* Prinsippet sier at sykepleier har plikt til å sørge for at pasienten ikke blir skadet av den behandlingen hun eller han gir. Prinsippet om velgjørenhet handler det om at sykepleier skal gjøre det som vil bli best for pasienten. Siden disse to prinsippene handler om å ville gjøre det beste for pasientene, er de ofte omtalt under et og samme punkt. Dette er konsekvensetiske prinsipper, det vil si at sykepleiers handlinger skal være til det gode for pasienten (Slettebø, 2013 s. 96).

*Rettferdighetsprinsippet:* Sykepleier har plikt til å behandle alle pasienter rettferdig og ut fra profesjonelle standarder (Slettebø, 2013 s. 132).

*Alle de overstående prinsipper kan forme relasjonen mellom sykepleier og den palliative pasienten. Utfordringer, misforståelser og vonde tanker kan muligens reduseres dersom pleien tar hensyn til disse, mener undertegnede.*

### 3.0 Metode

Dalland (2013), beskriver metode som et redskap til å innhente kunnskap om noe man vil undersøke. Det er en fremgangsmåte til å løse gitte problemstillinger, slik at ny kunnskap kommer frem (Dalland, 2013 s.50).

I denne oppgaven benyttes litteraturstudie. Denne typen studie systematiserer kunnskap fra forskjellige skriftlige kilder. Med dette menes å gå kritisk igjennom og analysere og vurdere relevant forskning (Fosberg og Wengstrøm, 2013 s. 27). Det er en forutsetning at det finnes tilstrekkelig forskning når man skal gjennomføre en systematisk litteraturstudie. I tillegg til dette må den forskningen som man finner være av god kvalitet, slik at det er mulig å finne stødig forskning. Artiklene man velger å benytte, skal analyseres og funnene skal identifiseres før man kan vurdere hvorvidt det er relevant forskning (Fosberg og Wengstrøm, 2013 s.26). For å svare på problemstillingen velger jeg å benytte meg av kvalitative artikler og en tverrsnittstudie. Den kvalitative forskningen blir dominerende da jeg ønsker å finne ut hva pasientgruppen og sykepleierne har erfart inne palliasjon og etiske utfordringer gjennom egne meninger.

### 3.1 Inklusjon og eksklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å se på de forskjellige etiske utfordringene sykepleiere opplever i møte med pasienter som vet at døden er nær og omsorg til disse. For å belyse dette settes sykepleier perspektivet i fokus.

#### 3.1.1Inklusjonskriterier

- Døende pasienter
- Palliativ behandling
- Etiske dilemmaer
  
- Pasientene bor i hovedsak hjemme
- Omhandler sykepleiers utfordringer og vanskeligheter
- Kommunikasjon

- Norsk, svensk, engelsk eller dansk språklig

### 3.1.2 Eksklusjonskriterier

- Pårørende perspektiv
- Mer enn 10 år gammel forskning
- Spesifikke diagnoser

## 3.2 Datainnsamling

Databasene jeg benytter meg av er PubMed, Chinahl, Svemed og Idunn. Ved å bruke søkeordene «nursing», «Ethical dilemmas», «palliative care» samtidig som tidsrommet var begrenset, fikk jeg mange treff. Også søkeordene «terminal care» «end-of-life-care» gav treff. Et søk i Cinahl hvor jeg kombinerte «Ethical dilemmas» og «Palliative care# mellom 2012 og 2016, fikk jeg 6 treff. Det er fint å se forskjeller på tvers av kulturer. Slik kan jeg sammenligne med våre norske sykepleieres oppfatning.

Oppgavens forskningsfunn vil bli strukturert i et PO skjema. Dette er en måte å dele opp spørsmålet på og gjør det lettere å få struktur på funnene (Nordtvedt et al.2013). P står for population; Målgruppen jeg er ute etter er sykepleieres erfaringer og utfordringer med tanke på palliasjon i sykehus eller sykehjem. For å få opp relaterte studier, har jeg brukt søkeord som « Palliative care», nursing care», «ethics palliative care», «home-care» og «challenges palliative care». Siden oppgaven spør etter etiske dilemma søkte jeg også med «ethical dilemmas». O står for utfall og her er jeg ute etter sykepleierens erfaringer. Søkeordet «experience» ble her benyttet. Jeg er ute etter et problem/pasientgruppe og et utfall.

PO-skjema ligger som vedlegg nummer en.

For å finne relevant forskning, benyttet jeg meg av databasene CHINAL, Idunn, Oria og Pubmed.

12.03.2017 utførte jeg et søk i databasen CHINAL. Jeg brukte trunkering (det vil si at jeg søker på stammen av ordet- skriver starten av ordet og legger til \*). Jeg vil da få med alle av dette ordet med på søket mitt (Nordtvedt et.al. 2013, 56). Jeg avgrenset søket til «2012-2016» og til språkene engelsk. Fra dette søket leste jeg 4 artikler. Jeg gjorde et manuelt søk i Idunn og fant flere interessante funn der.

Det finnes mye forskning på etiske dilemmaer som skaper utfordringer i hjemmetjeneste og sykehjem.

12.03 gjorde jeg et nytt søk i CHINAL. Jeg brukte søkeordene «palliative care» AND «end of life care» AND «ethical dilemmas». Her fant jeg noen interessante funn hvor jeg også brukte en av artiklene.

### 3.2 Forskningsetikk

Forsberg og Wengström (2013), er bestemt på at enhver form for juks eller uærlighet ikke skal være tilstede i noen forskning (Forsberg og Wengström, 2013 s. 69). Det er viktig med akademisk redelighet da man bidrar til kunnskapsutvikling av fagfeltet (Dalland, 2013 s.80). Artiklene i oppgaven er godkjente i henhold til retningslinjene. Forskning innen palliasjon bør, ifølge Kaasa (2016 s.51), på akkurat den samme måten som andre deler innen medisin, være grunnlaget for god behandling av pasientene. World Medical Association (WMA), utformet Helsinki-deklarasjonen slik at de grunnleggende etiske prinsipper blir fulgt. Dette er den første forskningsetiske institusjonen som er startet (Kaasa 2016 s.53).

Etiske overveielser handler om mer enn det å følge de regler som er gitt. Vi mennesker må tenke og reflektere over hvordan det arbeidet vi utfører skaper etiske utfordringer. Når man skal benytte seg av personvern er man underlagt strenge retningslinjer. Det er ikke bare en forutsetning for oppgaveskriving at etiske overveielser må tas i forhold til personvern. Det er også særdeles viktig å beholde et godt forhold til personer som stiller opp med sin historie og sine erfaringer (Dalland, 2013 s.95).

### 3.3 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

I denne oppgaven blir det brukt mest primærkilder og litteratur av nyere dato. Noen ganger når vi leser blir vi interessert i noe forfatteren refererer til. Det kan være ulik oppfatning fra en forfatter til en annen og det er derfor best og da oppsøke primærkilden (Dalland, 2013 s. 86). Artiklene er valgt på bakgrunn av at de svarer på problemstillingen i forskjellig grad. Etter at jeg hadde funnet alle artiklene og disse oppfylte inklusjonskriteriene, startet jobben med kvalitetssjekken. Alle artiklene er gått gjennom punktvis. Kvalitativ metode.

Alle artikler i denne oppgaven er sjekket opp mot kriterier og retningslinjer.

#### 4.0 Resultat

##### 4.1 ). Artikkel 1- In search of legitimacy- registered nurses experience of providing palliative care in a municipal context

Andersson et.al (2012), skriver en artikkel om sykepleiernes erfaring med å tilby palliativ pleie til eldre mennesker i den kommunale helsetjenesten.. Det er en kvalitativ studie med fokusgruppe intervjuer.

Fra fire kommuner i Sør Sverige deltok ca 20 sykepleiere, kvinner og menn med en gjennomsnittsalder på 50 år. De hadde jobbet i ca 18 år alle sammen. Ingen hadde spesialutdanning i palliasjon. Dette er også vist i vedlegg tre, som er et systematisk skjema over artiklene som er inkludert her.

Mange av sykepleierne var frustrert over manglende ressurser i den kommunale helsetjenesten og mente at dette var grunnen til mange tunge situasjoner for alle parter.

Resultatene viste at det kunne være sykepleierne som reduserte effekten av uavklarte ansvarsforhold mellom organisasjoner, samtidig som deres legitimitet i kommunesammenheng og i møte med andre omsorgspersoner hadde begrenset legitimitet. Studien viser også at sykepleierne manglet viktige ting som støtte, slik at de kunne gi høy kvalitet i den palliative omsorgen til eldre, døende pasienter. Studien viser også hvor viktig det er for sykepleiere å bli anerkjent på sine kunnskaper og ferdigheter (Andersen, 2012).

#### 4.2 What is so stressful about caring for a dying patient?

I en annen kvalitativ studie av Apmann et.al, 2010 er det sjekket hva som er stressende for en sykepleier som har omsorg for en døende pasient. Deltakerne, som er sykepleiere i 30 årene er delt opp i to grupper for intervju. Studien er bestående av 15 sykepleiere, hvor 3 av disse var sykepleierstudenter. Sykepleierne i denne studien var redde for at deres manglende kompetanse ville svekke den siste tiden i livet til den døende pasienten. De var redde for at det ville svekke familiene også. En av sykepleierne uttalte: *'My time [is a concern]. I want to be attentive to all my patients, and when one is actively dying, they deserve one-to-one care.'* (Mia). Tid og riktig informasjon til riktig tid ser ut til å ha være store bekymringer fra sykepleierne. Det er stor mangel på sykepleiere i USA dette på grunn av at de opplever mye stress og utbrenthet. Studien belyser hvor lite informasjon og forskning det er på området, sett gjennom sykepleiers øyne. Det undersøkes hva som skal til for å hjelpe sykepleierne til å håndtere denne situasjonen effektivt. Studien viser at sykepleiere finner det utfordrende med kommunikasjon til pasienten og dens pårørende (Apmann, 2010).

#### 4.3 Artikkel 3: Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus

I Iversen og Haugen (2015) sin kvalitative studie, inngår to sykehus i en undersøkelse ,omhandlende LCP (Liverpool Care Pathway). Dette er et støtteapparat til dagens omsorg for døende pasienter. LCP er en internasjonal og anerkjent tiltaksplan, der formålet er å kvalifisere omsorgen til palliative/døende pasienter og deres pårørende. Omsorg for døende pasienter og deres pårørende er en av helsetjenestens grunnleggende oppgaver. Her deltar to norske sykehus og personalets erfaringer med kvalitetsverktøyet testes. Nærmere 42.000 mennesker dør årlig i Norge av kronisk sykdom. Mange av dødsfallene skjer i sykehjem, men fortsatt har vi en prosent på 32,5 dødsfall i sykehus. Dette fører til at alle sykehus er avhengige av å ha retningslinjer for omsorgen ved livets slutt. Det ble i studien gjennomført fokusgruppeintervju, hvor åtte sengeposter fordelt på disse to sykehusene var deltakende. Personalet fant at det ved bruk av LCP var tryggere og de kjente at forutsigbarheten økte. På samme tid følte de fortsatt, at det var vanskelig å si når en pasient var døende, og når de skulle sette i gang LCP. Det kom frem av personalet som deltok i undersøkelsen, at pasient nær undervisning sammen med et tettere tverrfaglig samarbeid med

eksperter i palliativt team, ville kunne hjelpe til å sette leger og pleiere i bedre stand til å vurdere og handle riktig og etisk forsvarlig (Iversen & Haugen 2015).

#### 4.4 Artikkel 4: «Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home.»

I en kvalitativ studie av Karlsson et.al, (2013), handler det om palliasjon i hjemmetjenesten. Hensikten i denne artikkelen var å finne hvilke etiske utfordringer sykepleiere opplever i pasientens hjem. Det ble brukt en intervju-hermeneutisk metode for analysedelen. De som deltok her var 10 sykepleiere, alle fra hjemmetjenesten, hvor samtlige hadde erfaring fra palliasjon hjemme hos pasientene. Hovedfunnene i denne studien var at sykepleiere synes det var utfordrende de gangene pårørende ikke var enige i pasientenes ønsker og behov, at det var manglende kommunikasjon og samarbeid og etiske problemer med utstyr i hjemmet. Det er noen av de utfordringene sykepleiere listet opp (Karlsson et.al, 2013).

Studien hadde som mål å øke forståelsen for etiske problemstillinger relatert til end-of-life-omsorg til pasienter i eget hjem. Det viste seg at det ble viktig å at det var behov og satt fokus på hvor viktig det er å ta alles perspektiv i betraktning. Dette være seg sykepleier, pasient og pårørende (Karlsson et.al 2013). Sykepleierne som ble intervjuet i denne studien formidlet at de ønsket å gjøre det godt for pasienter i livets slutfase, men at de samtidig opplevde følelsen av redusert kontroll (Karlsson, 2013).

#### 4.5 Administrering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. Palliative medicine.

Wilson et.al (2015), finner i denne kvalitative studien fra England, at sykepleiere identifiserte flere forhold som måtte oppfylles før de følte at de var i stand til å administrere medisiner. Sykepleier måtte føle seg sikker på at pasienten hadde irreversible symptomer på grunn av at døden var nær. For å gi inisjerende medisiner ville sykepleiere forsikre seg om at pasientene ikke var i stand til å ta medisiner oralt. Det var også viktig at pasientene var våkne og samtykket til å bli gitt medisiner (Wilson et.al, 2015).

Sykepleierne i denne studien formidler at det å administrere medisiner reiser en rekke bekymringer. De skal kunne skille mellom smerte og uro, slik at medisineringen er riktig og hensiktsmessig. Dette er ofte en utfordring. De uttrykker også bekymring for om de gir de riktige dosene som er forordnet i forhold til grad av smerte. En av sykepleierne sier at alle pasienter reagerer ulikt på mengder medisiner og at det da er bedre å gi litt mindre og heller komme tilbake på et senere tidspunkt for en sjekk (Wilson et.al, 2015).

I denne studien var det erfaringen med døende mennesker og kunnskapen og forståelsen omkring medisiner og deres bivirkninger som var med på å øke tryggheten når de skulle drive medikamenthåndtering.

#### 4.6 Sykepleiers erfaring med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter

I denne kvalitative studien av Molnes (2014), finner man at det er dårlig bemanning, som skaper uro og resulterer i at pasientene får dårligere oppfølging enn de burde. De følte at de mange ganger ble stilt ovenfor et dilemma på grunn av at jobben de utførte, burde vært gjort bedre. De peker også på ressursmangel som igjen fører til dårlig smertelindring til kreftpasienter. De var også bekymret over at de ikke fikk observert pasientene over tid og dermed ikke kartlagt smertene tilstrekkelig (Molnes (2014). En annen utfordring var at de ikke klarte å tilfredsstille de løftene som var gitt pasienten og hans eller hennes pårørende fra sykehusets side (Molnes, 2014). Resultatene i studien var at kompetansen til helsepersonell i hjemmetjenesten varierer, noe som gir variert smertelindring til pasientene. På grunn av manglende kompetanse, ble noen av pasientene overført til sykehus oftere, slik at de kunne få riktig behandling og bukt med smertene (Moines, 2014).

#### 4.7 Oppsummering av funn

Gjennom de overstående artikler finnes mange utfordringer for sykepleiere inne palliasjon og etikk. Medisinerer krever kunnskap og erfaring og bærer med seg usikkerhet og vanskelige følelser for helsepersonell. Det kommer frem i den engelske tverrsnittstudien til Wilson et.al (2015), hvor vanskelig det er å finne en god balanse mellom over og under medisinerer.



Ifølge Karlsson et.al (2013) belyser funnene hvor vanskelig det kan være med pårørende som noen ganger ikke vet eller er enig i pasientens beste. Kommunikasjon er også pekt på som en utfordring som viser seg i samarbeidet mellom helsepersonell, pasient og pårørende. Det at kontroll og kunnskap ofte er mangelvare i sykehjem og i hjemmetjenester til den døende pasienten gikk igjen (Karlsson et.al 2013), (Wilson et.al 2015), (Apman et.al 2010).

I artikkelen til Iversen og Haugen (2015), kommer det frem at bruk av LCP (Liverpool Care Pathway), som er en anerkjent tiltaksplan for døende pasienter, ble omtalt meget positivt. Dette så sykepleierne på som en svært positiv og de følte at tryggheten økte. På samme tid synes de på grunn av manglende kompetanse og erfaring at det var vanskelig å si når en pasient var døende (Iversen&Haugen, 2015). Fokus på manglende kompetanse, gikk igjen i Apmann sin studie, der deltakerne var 15 sykepleiere hvor 3 var sykepleiestudenter. Her kartlegges det hva som gjør jobben med palliasjon til stressende for helsepersonell. Funnet var at de var redde for at deres mangel på kunnskap og erfaring ville svekke livskvaliteten til pasienter som hadde kort levetid igjen (Apman et.al 2010). Det er stor utbredthet og for lite sykepleiere i USA ifølge Apman`s (2010) studie. Dette mener sykepleiere som var deltakere at det finnes altfor lite forskning på.

Det ble funnet frustrasjon over manglende ressurser i den kommunale helsetjenesten i studien til Andersen et.al (2012). Sykepleierne i studien mente at de ikke fikk nok anerkjennelse og støtte i sitt arbeid og at de ikke følte seg rustet i enkelte situasjoner (Andersson et.al, 2012). Moines (2014) finner i sin studie utfordringer med kunnskap og faglig oppdatering i sin studie. I denne studien finner man også at sykepleierne er bekymret over den dårlige bemanningen, noe som går utover pasientenes trygghet og tiden til pleierne.

## 5.0 Diskusjon

Det finnes mange grunner til at en sykepleiers hverdag kan være stressende og forvirrende. Ikke få er utfordringene med tanke på etikken rundt det mennesket som skal dø. Som venter på det som ingen kjenner til. Vente på smertene, symptomene og at kroppen litt etter litt tar farvel med moder jord. Hvordan kan sykepleier være rustet til å møte disse pasientene på en etisk forsvarlig måte?

Jeg vil i denne delen av oppgaven drøfte problemstillingen i lys av de funn jeg har gjort og annen valgt litteratur. Jeg har valgt å presentere drøftingen på bakgrunn av problemstillingens

hovedpunkter: Etisk dilemma, autonomi, legemiddelhåndtering, pårørende og kommunikasjon.

### 5.1 Etiske dilemma relatert til pasientens autonomi og pårørende

Kombinasjonen av pårørende, pasient og sykepleier kan gi etiske dilemma og utfordringer i den palliative pleie og omsorg. Dette skjer ofte på grunn av at ønsker og annen informasjon ikke blir hørt eller uttalt (Karlsson et.al 2013). Vi mennesker kan kommunisere på forskjellige måter. Pasienter og pårørende har forventninger rundt hvordan hjemmesykepleien skal foregå og hva som skal gjøres av sykepleier. God informasjon bidrar til mindre misforståelser og overraskelser. (Birkeland og Flovik, 2014, s.47). Dette svarer til hva Bogstad og Paulsen (2015), mener. Nemlig at vi har et etisk dilemma når forskjellige normer og verdier kommer i konflikt med hverandre, og når det som er rett for en ikke er rett for en annen. Dette er en artikkel som ikke er inkludert i de seks valgte for oppgaven.

Funn fra artiklene i min litteraturstudie, viser det seg flere steder at sykepleiere opplever etiske dilemma som er knyttet til pårørende. Sykepleier følte ikke alltid at det var gjensidig tillitt. Pårørende var ikke alltid enig i den pleien og medisinske behandlingen som ble gitt. De kunne også gjemme unna medisiner (Karlsson et.al 2013). Sykepleiere følte for å ta vare på pasienten og gi han eller henne støtte, slik at autonomi og integritet ble ivaretatt (Karlsson et.al 2013). Martinsen (2008) mener i sin litteratur at dersom pasienten ikke vil eller orker å ta en avgjørelse selv, da er det sykepleier som er best rustet til å ta en avgjørelse og vurdere pasientens beste. Nordtvedt & Kristoffersen (2012) sier at sykepleiere kan ende i etiske dilemma og møte store utfordringer i møte med pårørende. Dette kan lett skje dersom pårørende er uenige med helsepersonell om hvilken medisiner og behandling pasienten skal motta. Skal pårørende ha en slik myndighet? Dette er et viktig spørsmål hvor de etiske utfordringene og dilemmaene blir dominerende. I det moderne helsevesenet finner vi velinformerte pasienter men også velinformerte og autonome, sterke pårørende (Nordtvedt et.al 2012 s.108-109).

Kaasa (2016), mener at familien er en ressurs for pasienten. De pårørende er svært viktige for ivaretagelsen av pasienten og den tydeligste effekten av den palliative pleien kan måles hos nettopp familien. Helsevesenet vil ikke kunne klare seg uten den støtten som familien er og hvordan man kan samarbeide på best mulig måte, for å ikke skape dilemmaer og problemer.

Det bør avklares både på systemnivå og i hver enkelt pasientsituasjon (Kaasa 2016, s.42). Det er utfordrende å ivareta pasientenes autonomi når de pårørende har sterke meninger og ikke nødvendigvis tar hensyn til den informasjonen som blir gitt og hva som er den beste helsehjelpen til pasienten. Deres meninger og holdninger påvirker og går på bekostning av pasienten. Dette er spesielt når de pårørendes rolle ikke er bestemt (Karlsson et.al 2013). Birkeland og Flovik (2013) skriver om hvordan pårørende er opptatt av at deres kjære skal få best mulig behandling. Det er forskjell i pleien og det er erfaring og utdanning som skiller (Birkeland og Flovik, 2013 s.145). Jeg var selv åtte uker i hjemmetjenesten og husker spesielt en episode hvor en gammel dame som ikke kunne kureres, bodde med sin datter. Den hjemmeboende damen fikk palliativ pleie av helsepersonell. Datteren var sterkt uenig i måten dette ble utført på og var heller ikke spesielt enig i hvilke medisiner som ble gitt. Hun var selv hjelpepleier og hadde sterke meninger. Undertegnede så hvor hardt dette gikk ut over pasienten, som hadde nok med sitt. Den eldre damen var hundre prosent oppegående. Stensheim, Hjermstad og Loge (2016), mener at enhver familie har sin familiestruktur. Dynamikken i denne strukturen med de regler og vaner som er kan ofte forandret når et av familiemedlemmene går døden i møte. Det er derfor viktig at kartlegging av pasientens og familiens nettverk skjer, noe som er svært viktig i det palliative arbeidet. En forutsetning her er at det er klarert med pasienten selv (Stensheim et.al, 2016 s. 274-275).

## 5.2 Tidspress, kompetansemangel og faglig forsvarlighet

Ifølge Molnes (2014) sin studie, er det en stor utfordring med faglig kompetanse, sammen med dårlig tid. Det varierer hvor mange kompetente sykepleiere som er på vakt og dette bestemmer da hvor mye tid man har til pasientene som trenger det mest (Molnes, 2014). Birkeland&Flovik (2014), mener at det i all palliativ pleie er et mål å gjøre den siste tiden til pasienten så god som mulig. Noen pasienter uttrykker at de gjerne skulle ønsket at livet varte lengre, mens andre skulle ønske det var over. Sentralt i all palliativ pleie er å redusere smerte og gjøre den siste tiden mest mulig behagelig (Birkeland & Flovik 2014, s. 97). På den ene siden er vi nok alle enige i dette og som det kommer frem i Molnes (2014) sin studie, vil sykepleiere gjøre alt de kan for å lindre smerte og være der på en kvalitetsmessig måte. På den andre siden blir dette vanskelig i mange tilfeller, da den faglige oppdateringen, tidspress og mangelfull kunnskap rundt smertelindring, er begrenset. Et forslag i denne studien er hvor viktig det er at det legges opp til at sykepleiere får dele erfaringer og på denne måten lære av

hverandre (Molnes, 2014). Når jeg leser hva Røgenes, Moen og Grov (2013) mener, blir det enda klarere hvor viktig den faglige kompetansen er. Palliativ omsorg er både psykisk og fysisk krevende for sykepleieren som jobber alene. Hun eller han skal også rekke alle oppgavene sine. Dette krever god erfaring og faglig kompetanse (Røgenes et.al, 2013). Hvordan stiller denne saken seg for nyutdannede sykepleiere som kun har åtte uker praksis i hjemmetjenesten? Finnes det et opplæringsystem som er godt nok? Er det satt av tid til erfarings deling for å øke kompetansen og legge opp til refleksjon?

Dette bringer meg videre inn på den faglige forsvarligheten. Molven (2016 s.130-134), har i sin bok hovedbestemmelsene om faglig forsvarlighet. Disse bygger på det etiske prinsippet om å gjøre det beste for pasienten og ikke utføre skade. Det forventes av helsepersonell at arbeidets karakter, kvalifikasjoner, pleie og omsorg skal utføres forsvarlig. Folkeskikk er også et krav sykepleiere har. Det å vise respekt, innlevelse og ivaretagelse på et profesjonelt plan (Molven, 2016 s. 130-137).

Det er mange faktorer til at sykepleiere og annet helsepersonell opplever etiske dilemma i en hverdag som innebærer palliativ omsorg og pleie og kommunikasjon med pårørende og pasient. Som Røgenes, Moen og Grov (2013) skriver, er palliativ omsorg krevende for sykepleier, både fysisk og psykisk, da man jobber mye alene og har ett ønske om å rekke alle arbeidsoppgaver. Sykepleier føler seg ofte ikke tilstrekkelig og dermed ikke trygg på arbeidet sitt. Jeg ser også at det hadde vært og er viktig at sykepleiere i hjemmetjenesten får mulighet til å delta på kurs og muligheten til å utvikle sine ferdigheter innen palliasjon.

Birkeland&Flovik (2013 s.14), definerer hjemmetjenesten som omsorg og pleie utført av sykepleiere i pasientenes hjem. Hjemmesykepleien dekker mange oppgaver-fra besøk som en ren forebyggende funksjon til rehabilitering og terminal pleie (Birkeland&Flovik, 2014 s. 14-15).

Ifølge Iversen og Haugen (2015), der to norske sykehus var deltakende beskriver sykepleiere at det var lettere å bruke tiden mer riktig etter innføringen av Liverpool Care Pathway. Dette er en plan for hvordan man kan ivareta døende pasienter og deres pårørende. Man har sjekk lister og dette virket betryggende for pleierne. Alle som ble intervjuet beskrev kommunikasjon med døende pasienter og de pårørende som utfordrende. Samtidig mente de at det etter innføring av LCP var lettere. Dette var fordi avdelingen hadde fått en felles holdning og sakene var mer avklart. De mente også at omsorg og pleie til de palliative pasientene nå var mer verdig, de fikk konsentrert seg om det som var viktig og at de hadde mindre detaljfokus (Iversen & Haugen, 2015). Undertegnede drar sammenligninger til hjemmetjenesten, hvor det kan virke som mer fokus på felles holdninger og kartlegging av

situasjoner som krever omsorg, medikamenthåndtering og pleie til døende i hjemmet, er en utfordring. I studien til både Molnes (2014) og Røgnes, Moen og Grov (2015), at det er negative følelser og opplevelser rundt bemanning, trygghet og tilfredsstillende arbeidsdager med tanke på utført arbeid. Undertegnede drar paralleller til den faglige forsvarligheten også her.

I min praksis ved hjemmetjenesten, var det en egen liste for palliative/døende pasienter. Det var velfungerende til en viss grad, men allikevel svært sårbart dersom sykepleiere på denne listen var syke eller hadde fri.

En gjennomgående utfordring i hjemmesykepleie er at pasienter er nødt til å forholde seg til flere mennesker enn det som er hensiktsmessig. Besøkene er ofte, på grunn av tid, korte. Resultatet av dette er at omsorgen og den sosiale kontakten reduseres. Mange vikarer mangler utdanning. Disse trer ofte inn når pasientansvarlig sykepleier ikke er tilgjengelig (Birkeland&Flovik, 2013 s.158-160). Det er ikke vanskelig å forstå at det lett blir en ond sirkel når pasienter og pårørende må forholde seg til flere personer som de kanskje engang ikke kjenner. Mennesker i en sårbar fase av livet er skjøre. Undertegnede har selv fått god kontakt med kreftpasienter i hjemmetjenesten, og ser viktigheten av verdighetsfølelse, rutine og god oppfølging. En annen utfordring i hjemmetjenesten er legemiddelhåndtering. Ifølge Wilson et.al (2015), er det mange faktorer som skal være på plass før det er trygt å medisinerer. Sykepleiere i denne studien uttrykker at å jobbe sammen i par, slik at det er litt tryggere, er ettertraktet. Tiden er også her et problem. Spesielt i hjemmetjenesten er det begrenset med tid, noe som gjør slike situasjoner som palliativ medisinerer mindre trygt. Sykepleierne opplever da dette som et noe for stort ansvar da det varierer hvor mye kunnskap og erfaring de innehar (Wilson et.al 2015).

Min erfaring fra hjemmetjenesten er at det er store variasjoner innen trygghet og erfaring vedrørende medisinerer. Birkeland og Flovik (2013), nevner pasientsikkerhetskampanjen. Denne er innhentet fra Helse og Omsorgsdepartementet. Her kommer de med en anbefaling til alle kommuner som omhandler at det etableres et system som regelmessig har en gjennomgang av legemidler, tverrfaglig (Birkeland&Flovik, 2013 s. 108-109).

### 5.3 Å kommunisere på en måte som oppleves verdig

God kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende viste seg å være mangelvare i studien til Karlsson et.al (2013). Sykepleiere hadde følelsen av kontrolltap som følge av dårlig samarbeid mellom kolleger og pasientene. Dette førte igjen til problemer av etisk karakter da ingen av de involverte partene følte at de kunne si hva de ønsket eller hadde på hjertet (Karlsson et.al 2013). Både pasient og hjelpere trenger tid til å bli kjent. Det kan derfor i starten være prøving og feiling (Birkeland og Flovik, 2013, s.46-47).

*«Ved hjelp av øyet kan vi kontrollere andre, samtidig som øyet kan kontrolleres av vår kultur. Synet er en sans som kan gjøre den andre til gjenstand for disseksjon, gjennom avstand og orden, sortering og kontroll (Martinsen, 1993:50).»*  
(Slettebø, 2013 s.81).

Jeg velge å inkludere dette sitatet, da jeg synes er beskrivende fra både pasient og sykepleier perspektiv. Birkeland & Flovik (2013), skriver om viktigheten av forståelse med tanke på hvor spesielt hjemmet er for de fleste. Det er den boende sin private sfære og uavhengighet. Et liv er bygget opp, nettopp der. Det første møtet med hjemmesykepleien er viktig da det veldig ofte er knyttet spenning til det (Birkeland & Flovik, 2013 s. 44-45). Undertegnede henger dette sammen med sitatet over. Det er viktig med følelser og trygghet i blikk. Hvordan vi blir sett på danner grunnlaget for grad av trygghet er min erfaring. I mange situasjoner hvor jeg selv har vært i hjemmetjenesten eller ved sykehuset, prøver jeg etter beste evne å vise med øynene mine at jeg vil godt. Spesielt der jeg kjenner at behovet og redselen er stor. Sykepleieren med dårlig tid og lite kjennskap og kunnskap om pasienten vil kanskje utøve sin sykepleie som Slettebø (2013), skriver. Når pasienten ikke blir behandlet som et menneske, men som et objekt til observasjon, undersøkelse og vurdering er det ikke etisk riktig etter manges mening (Slettebø, 2013 s.82). Kommunikasjon går igjen ofte i de forskjellige artiklene i denne litteraturstudien. Det er nok ikke uten grunn, da nettopp kommunikasjon skaper relasjoner og tillitt, som skrevet over. Apman et.al (2010) belyser at sykepleierne i undersøkelsen sliter med å kommunisere med pasient og pårørende. De føler med dette at de ikke når frem og at pleien blir deretter. Dårlig tid og mangel på erfaring ble også her trukket frem (Apman et.al 2010).

Gjennom de valgte artiklene, ser man hvordan sykepleierne kunne nevne ulike situasjoner som bød på utfordringer. De pasientene som får palliativ pleie og omsorg, har ikke lang levetid igjen. Dette er en fellesnevner, men kanskje den eneste? Hver pasient har sitt sykdomsforløp, sine symptomer og ikke minst forskjellig kultur og evne til å takle sin egen situasjon. Dersom pasientens situasjon og følelser rundt denne, smerter og kvalitet på hverdagen skal kartlegges, er man helt avhengig av kommunikasjon. Det er derfor viktig at sykepleiere har gode kommunikasjons evner og ferdigheter (Helsedirektoratet 2015). Ifølge Loge, (2016 s.221) er sykehistorien det viktigste verktøyet og grunnlaget for de fleste palliative tiltak. Måten denne informasjonen blir anskaffet på er viktig. Den sier noe om den videre kvaliteten på den palliative tjenesten (Loge, 2016 s.221). I Røgenes, Moen og Grov (2013), er noen av funnene at sykepleiere setter støtte, kunnskap og profesjonell trygghet i utførelse av arbeidet som viktigst. Men at kommunikasjon, informasjon og organisering også var veldig viktig.

Det finnes mange gode kommunikasjonsmodeller som kan fungere godt som verktøy eller gis opplæring i på en arbeidsplass.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke etiske dilemmaer og utfordringer sykepleiere møter i pleie og omsorg til pasienter er ved livets slutt. Jeg fant, gjennom artikler som er inkludert og annen litteratur at det er stor bekymring rundt temaet. Sykepleierne som var deltagende i studiene, opplevde etiske dilemmaer og utfordringer i møte med pårørende og med pasienten. Det som går igjen er usikkerhet og utrygghet i forbindelse med kunnskap og erfaring. Det å ikke føle at de hadde nok tid og ikke heller var kompetente nok innen kommunikasjon var også noen av funnene. Integritet og autonomi er viktig for sykepleierne at pasienten opplever. Dette skapte også utfordringer. Sykepleierne hadde ofte følelsen av å ikke utføre jobben sin godt nok, noe som skapte negative følelser og maktesløshet. Ressursmangel og dårlig samarbeid og oppfølging kollegialt og fra ledelsen var mangelfull flere steder. Tiden i hjemmesykepleien er nok grunnen til mye bekymringer. Det bør kanskje rettes mer fokus på å undersøke hvordan alle involverte i en situasjon opplever det totale bildet i en pleie og omsorgs periode ved palliasjon i hjemmet. Jeg mener og tror at mange sykepleiere i hjemmesykepleien, burde være bedre rustet før møtet med døende. Rette fokus på denne

voksende gruppen mennesker. Det er godt og verdig for mange å få lov til å dø i sitt eget hjem. Derfor er det så viktig at pleien og omsorgen også er deretter. Kanskje skulle sykepleierutdanningen hatt litt større fokus på pasienter ved livets slutt? Det har vært spennende interessant å jobbe med denne oppgaven.



## Litteraturliste

Andersson, M., Edberg, A-K., Törnquist, A. (2013). In search of legitimacy- registered nurses experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 651-658.

<http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x>

Apmann, L., Chang, P-C., Halvorsen, B., Johnson, M., Kershek, S., Ogi, M., Peterson, J., Pincon, D. (2010). What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4), 181-187.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=1880fa0d-bc84-45a0-85b5-6390a93239d2%40sessionmgr4008&hid=4207>

Birkeland, A., Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Cappelen Damm Akademisk.

Bogstad, Tove og Paulsen, Trine M. 2015. «Ethiske dilemma». Hentet 29. mars 2017 fra

<http://ndla.no/nb/node/24492?fag=8>

Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

NOU 2016:11. (2016). *Nytt utvalg skal utrede lindrende behandling*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-utvalg-skal-utrede-lindrende-behandling/id2500129/>

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). «Den systematiske litteraturstudien første steg.» I *Å gjøre systematiske litteraturstudier*, 3. utg. 74. Stockholm Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Iversen, G. S., Haugen, D.F., (2015). Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus. *Sykepleien*, 10:144–151. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.54450

- Johannesen Kai Ingolf, Molven Olav, Roalkvam, *Godt, rett og rettferdig, Etikk for sykepleiere*, Akribe AS 2007
- Kristoffersen, N., Nordtvedt, F., Skaug, E (2012). *Grunnleggende Sykepleie*. Bind 1. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kaasa, S., Loge, H., (2015) *Palliasjon*. Gyldendal Norsk Forlag
- Karlsson, M., Karlsson, C. Antònio Barbosa da Silva, Berggren, I. og Söderlund, M. (2013). «Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home.» *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27; 831- 838
- Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). *Organisering av palliative tilbud*. I Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.,s. 113-149). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#§5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#§5)
- Martinsen, R. (2009). «Når noen dør». I *Sykepleien* 90(16): 41-44 (Hentet: 27.03.17)  
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/nar-noen-dor>
- Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Historisk-filosofisk essays. Oslo: Universitetsforlaget
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Molnes, Sven Inge. 2014. «Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.» *Nordisk Sygeplejeforskning* 2(4): 142-156.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICN's etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 11/03 fra:  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nordtvedt, Monica W, Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Lena Viktoria Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2013). «Spørsmålsformulering.» *Jobb kunnskapsbasert- en arbeidsbok*, 2.utg.33.Oslo: Akribe

Røgnes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K. (2013). «Heimesjukepleiars perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen.» *Klinisk Sygepleie* 27(1): 64-76.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Slettebø, Å. (2013) *Sykepleie og Etikk*. Gyldendal Norsk Forlag

Stensheim, H., Hjermsstad, M. J & Loge, J. H., (2016). *Ivaretakelse av pårørende*. I Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.,s. 274-285). Oslo: Gyldendal akademisk.

Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S, Seale, C & Seymour, J. (2015). Administrering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. *Palliative medicine*.

## Vedlegg 1- PO skjema

P (population/patient/problem)	O (outcome)
Sykepleie Palliativ pasient Palliaskjon Etikk Etiske dilemma	Opplevelser Erfaringer Utfordringer
Nurse Palliation Palliative patient Terminal care  Ethics Ethics in nursing Dilemma	Experience Challenges

## Vedlegg 2 Tabell over søkestrategier

**Utvalg 1:** lest artiklens tittel, **Utvalg 2:** lest artiklens abstrakt, **Utvalg 3:** lest artikkelen i sin helhet, **Utvalg 4:** artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
10.03.2017 Medline	Full text Språk: Dansk, engelsk, norsk og svensk År: Siste 5 år	Palliative care OR end of life AND nursing OR hospital care AND challenges					
22.02.2017 SveMed	Språk:norsk År: 2012-2017 Peer review	Palliative care AND nursing AND ethics	18	18	6	2	1
23.02.2017 PubMed	Språk:norsk År: 2012-2017	Nursing homes					
12.03.2017 Medline	Språk:norsk År: 2012-2017	Nursinghomes AND palliative care OR end-of life-care		22	4	3	1
13.03.2017 CHINAL	Full text År: 2012-2017 Språk: engelsk	Nurs* AND palliative care OR end of life care AND ethics	707	100	15	3	1
20.03.2017 CHINAL	Full text År: 2012-2017	Home-care-service AND palliasjon					

### Vedlegg 3- Tabeller over inkluderte artikler

Forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Eleanor Wilson, Hazel Morbey, Jayne Brown, Sheila Payne, Clive Seale, and Jane Seymour, 2015, United Kingdom.	Administrering av anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. Palliative medicine	Hensikten var å undersøke sykepleieres bekymringer og mål ved forutseende medisinerings	Kvalitativ. Etnografisk studie.	Sykepleiere fra kommunehelsetjeneste. Antallet var i alt 61 stykker	Sykepleierne la fokus på utdanning, erfaring og opplæring har stor betydning i administrering av tunge medisiner. De var bekymret da det var for lite av dette. De uttalte også at de gav medisiner med stor forsiktighet.		god

Forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Molnes, Sven Inge 2014 Norge Nordisk Sygepleiefor- skning	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Studien ser på hvordan sykepleiere forteller om sine erfaringer rundt hjemmebasert smertelindring. Studien tar for seg kreftpasienter.	Kvalitativ. Individuelle intervju	Sykepleiere som jobbet i hjemmetjenesten. Antall: 10	Sykepleierne opplevde det vanskelig på grunn av flere faktorer. Kompetanse, tid, ressursmangel, pasientsikkerhet i forhold til medisinerings og utfordringer	Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)	God

					r med pårørende.		
--	--	--	--	--	------------------	--	--

Forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Funn	Etisk vurdering	Kvalitet
Karlsson, Margareta, Christina Karlsson, Antônio Barbosa da Silva, Ingela Berggren og Maud Söderlund.  2013 Sverige  Scandinavian Journal of Caring Sciences	Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home.	Hensikten var å ta et dypdykk i sykepleiernes verden når de møter døende pasienter i deres eget hjem.	Kvalitativ. Intervju – hermeneutisk metode for analysedelen.	Deltakerne var 10 sykepleiere fra hjemmesykepleien som alle hadde erfaring fra palliativ pleie.	Det var flere funn som gikk igjen i denne studien:  Dårlig samarbeid mellom sykepleiere og leger, uenigheter mellom pasient og pårørende når det oppstod uenigheter, etiske dilemma i forhold til den palliative pleien og om den var tilfredsstillende, vanskelig å overlate pasientene til andre pleiere og helsepersonell og bruk av sterke smertestillende medikamentere.	Etisk godkjent av Universitetet i West, Trollhättan. Helsinki deklarasjonen er blitt fulgt i henhold til de etiske retningslinjene.	GOD

Forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Funn	Etisk vurdering	Kvalitet
Andersson et al. 2012 Sverige	In search of legitimacy registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context	Hensikten var å se på hvilken erfaring sykepleiere hadde med palliasjon til eldre mennesker.	Det er en kvalitativ studie og fokusgrupper ble benyttet.	20 sykepleiere fra Sverige. 13 av disse hadde spesialutdanning i palliasjon.	Mangel på ressursker var en stor bekymring. De savnet også å kunne reflektere mer på arbeidsplassen og dele erfaringer.	Studien måtte ikke godkjennes etisk	GOOD

Forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Funn
Apmanet et al. 2012 USA	What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences USA	Her ses det på fra sykepleiers perspektiv hvordan han/hun opplever å ha ansvar for palliative pasienter.	Kvalitativ	15 sykepleiere og sykepleierstudenter.	For lite tid og lite erfaring gjorde at summen gav dem følelser som maktesløshet og tap av kontroll samt misnøye med egen innsats.

Forfatter, år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Funn
Iversen og Haugen 2015 Norge	Liverpool Care Pathway: Personalets erfaringer i to norske sykehus	Hensikten var å se hvilken effekt bruken av LCP hadde.	Kvalitativ	8 ulike sengeposter ved to Norske sykehus.	Sykepleierne følte seg tryggere med LCP. Studien viste at de økte bevisstheten os både personalet som jobbet med døende og deres pårørende.



