



Høgskulen på Vestlandet

Livets siste omsorg - Sykepleiers etiske utfordringer i palliativ pleie

Bachelor i sykepleie

Høgskolen på Vestlandet, Campus Førde

Avdeling for Helsefag

Innleveringsdato: 02.06.2017

Antall ord: 6996

Student: Elice Andresen

Veilder: Maj-Britt Råholm

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studier og eksamen ved Høgskolen i Bergen, § 9-1.

Forord

Det heter seg at sykepleier i sin yrkesutøvelse skal fremme liv og helse (Norsk sykepleierforbund, 2016). I arbeid med palliative pasienter er det ikke tilstrekkelig å arbeide med helsefremmende og forebyggende tiltak. En slik pasientgruppe faller utenfor den «vanlige» pasientgruppen og kan være krevende for sykepleiere å møte. Utfordringer i palliativ omsorg er vanskelig for mange å håndtere, og ikke alle har lett for å jobbe med pasienter i deres siste livsfase. Det er viktig at sykepleier har faglig kompetanse og holder seg oppdatert på ny kunnskap og forskning i arbeidslivet.

I arbeid med oppgaven har jeg satt meg inn i forskjellige synspunkter og perspektiver.

Problemstillingen har fått meg til å tenke mye på de utfordringene jeg kan møte i min fremtid som sykepleier, og oppgavens forskning har hjulpet meg å forstå ulike strategier til å komme gjennom disse. Det kan være både skremmende og utfordrende å møte pasienter og pårørende i den situasjonen de befinner seg i. Det er derfor viktig at jeg som sykepleier kan vise støtte og omsorg for begge parter slik at pasienten opplever en verdig avslutning på livet.

Sammendrag

Tittel:

Livets siste omsorg –Sykepleiers etiske utfordringer i palliativ pleie.

Bakgrunn:

Oppgaven tar for seg etiske utfordringer i palliativ omsorg og livets slutt.

Tema er valgt med bakgrunn i en opplevelse der en pasient ba om dødshjelp. Denne dagen oppstod det diskusjon blant personalet der mange viste manglende innsikt i pasientens opplevelse av sin sykdom, og flere var enig med hverandre om at en slik forespørsel aldri burde godkjennes for sin egen samvittighets skyld. Oppgaven viser til viktige verdspørsmål om verdighet i livets slutt, noe som jeg gjerne ønsker å fordype meg i.

Problemstilling:

Hvordan beskriver sykepleiere de etiske utfordringene i møte med pasienten i palliativ omsorg?

Framgangsmåte:

Oppgaven baseres på en litteraturstudie der jeg har brukt forskningsartikler, pensumbøker og tilleggslitteratur. Jeg har også delt noen av mine erfaringer fra jobbsammenhenger for å belyse oppgavens problemstilling.

Funn og konklusjon:

Sykepleier møter flere ulike situasjoner i arbeid med palliativ omsorg. Utfordringene er oftest sett i forbindelse med pleie, ressurser, lovverk og retningslinjer, samt i konflikter med samvittigheten og personlige meninger. For å gi pasienten en god avslutning på livet er det viktig at sykepleier har kunnskaper om palliativ omsorg, og klarer å se pasientens helhetlige situasjon. Grunnleggende kunnskaper om smerte og smertelindring er viktig for å bidra til at den palliative omsorgen skal bli helhetlig og verdig for pasienten.

Nøkkelord: Palliativ behandling, omsorg, etikk, lidelse, utfordring, sykepleie.

Abstract

Title: The last care of life – Ethical challenges in palliative care

Background:

I chose the theme based on an experience where the patient asked for help to die. This day, there was a discussion among personnel where many showed insufficient insight into the patient's wish, and several agreed that such request should never be approved referring to the personnel's conscience. This thesis refers to important value issues about dignity at the end of life, which I would like to reflect on.

Purpose:

How do nurses describe the ethical challenges when encountering the patient in palliative care?

Method:

The thesis is based on a literature study where research articles, textbooks and other literature were used. I have also shared some of my experiences from work contexts for illustration.

Findings and conclusions:

Nurses meet several different situations in palliative care. The challenges are most often observed in caring situations, when dealing with resources, with legislation and guidelines as well as when being in conflict with conscience and personal opinions. When giving good care to the patient in the end to life it is important that nurses have knowledge of palliative care and manage to see the patient's overall situation. Basic knowledge of pain and pain relief is important to help the palliative care to be comprehensive and worthy for the patient.

Keywords: Palliative treatment, care, ethics, suffering, challenge, nursing.

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4	Begrepsforklaring.....	2
1.5	Oppgavens oppbygging	2
2	METODE	3
2.1	Litteraturstudium som metode	3
2.2	Søkeprosessen.....	3
2.3	Kilde og kildekritikk	4
3	TEORI.....	5
3.1	Lovverket.....	5
3.2	Sykepleiers etiske ansvar i møtet med pasienten	6
3.3	Katie Erikssons omsorgsteori.....	7
3.4	Palliativ omsorg	8
3.4.1	Utfordringer i palliativ omsorg.....	9
4	RESULTAT	10
4.1	Studie 1	10
4.2	Studie 2	10
4.3	Studie 3	11
4.4	Studie 4	12
5	DRØFTING	13
	Etiske og bioetiske dilemmaer i palliativ omsorg for eldre i sykehusopphold.....	13
	Erfaringer med etiske dilemmaer i palliativ omsorg blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten	15
	Etiske dilemmaer erfart av palliative sykepleiere	17
	Berørt av livet i dødens nærhet.....	19
6	KONKLUSJON	20
7	LITTERATURLISTE.....	21

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på utfordringer i palliativ omsorg og livets slutt.

Jeg har lenge hatt en interesse for dette temaet, og etter endte praksiser der forskjellige utfordringer har dukket opp gjentatte ganger, har også interessen og engasjementet økt med erfaring gjennom pasientarbeid. Jeg har møtt flere pasienter med et dødsønske i livets slutfase, der tilfellet som gjorde størst inntrykk var en pasient med diagnosen ALS. Pasienten spurte meg direkte ved første møtet om jeg kunne hjelpe henne med å dø. Personlig opplevde jeg dette som en vanskelig situasjon der jeg ikke visste hva jeg kunne svare. Denne dagen oppstod det en stor diskusjon blant personalet der mange viste manglende innsikt i pasienten sin opplevelse av sin sykdom. Flere var også enig med hverandre om at en slik forespørsel aldri burde godkjennes for sin egen samvittighets skyld.

Dette er hovedårsaken til at jeg har valgt å skrive om etikk og sykepleiers utfordringer i palliativ omsorg. Jeg tenker emnet fremstiller viktige verdspørsmål rettet mot verdighet i livets slutt. Mitt mål er å være bedre forberedt gjennom drøfting og refleksjon som sykepleier neste gang jeg møter en slik situasjon.

Norsk lovverk tar sterk avstand fra aktiv dødshjelp, mens tilbudet om lindrende og palliativ behandling blir mer utberedt. Det kommer også klart frem i Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer at tiltak som fører til dødshjelp er ulovlig (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Statistikk viser at det på en gjennomsnittlig utregning er ca. 40 millioner pasienter med behov for lindrende og palliativ behandling, men at det på verdensbasis kun er 14 % av disse som faktisk får behandlingen (WHO, 2015).

Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i sykepleiers etiske utfordringer og drøfte forskningsresultat fra tre artikler og en avhandling i lys av Norges Lover, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og sykepleieteori.

1.2 Problemstilling

Hvordan beskriver sykepleiere de etiske utfordringene i møte med pasienten i palliativ omsorg?

1.3 Avgrensning av problemstilling

For å avgrense problemstillingen har jeg valgt å fokusere på den voksne pasienten med kronisk sykdom i palliativ fase, uten å begrense alder, behandlingssted og sykdom. Den palliative fasen er ofte sett på som livets siste fase, og ikke alle pasienter ønsker å forlate livet med lidelse og sorg. I en slik situasjon er ønsket om å hjelpe satt i klammeri med den etiske profesjonen og samvittigheten. Det er viktig å vite hvordan en kan hjelpe på gode etiske grunner. Jeg ønsker å belyse de etiske problemstillingene som sykepleier møter i arbeid med den palliative pasienten.

1.4 Begrepsforklaring

Oppgaven bruker noen sentrale begreper innen pleie ved livets slutt, og her vil jeg gi en kort beskrivelse av disse.

Det mest sentrale begrepet i oppgaven er palliativ behandling. Dette begrepet brukes i de tilfeller der pasienten har uhelbredelig sykdom, og i arbeid med pasienter i livets slutt. I palliativ behandling er sykepleiers mål å gi best mulig smerte- og symptomlindring, samt å fremme god pleie og omsorg til pasienten (Helsedirektoratet, 2015). De neste sentrale begrepene springer ut fra begrepet «palliativ behandling». Omsorg er et vidt begrep som er vanskelig å sette ord på. Ordet er oftest situasjonspreget. Det kan beskrives som den måten sykepleier møter pasienten på, med likhet med et verdig møte. Omsorg er den måten sykepleier opptre og snakker med pasienten på, og ivaretagelsen som fører til en god relasjon mellom pleier og pasient. Er relasjonen mellom pleier og pasient god, vil det fremme pasientens trygghet, noe som forteller at omsorgen er fullverdig (Eide & Skorstad, 2013, s. 76).

Det siste begrepet er sentrale etiske prinsipper, og disse deles inn i fire emner: autonomiprinsippet, rettferdighetsprinsippet, velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet. Disse er grunnmuren i sykepleiers profesjon og all sykepleie i praksis bygger på disse. Med disse som veileder sørger sykepleier for god yrkesutøvelse ved å skape et verdig møte med fokus på god omsorg til pasientene (Nortvedt, 2016, s. 96-100).

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgavens innledning omfatter bakgrunn av valg for tema og problemstilling, samt at den beskriver sentrale begreper. I metoddelen fremstilles valg av metode, søkerhistorikk og presentasjon av sentral litteratur. Teoridelen omfatter lover, sentrale etiske prinsipper, hovedformene innen etikk og teoretiker. Teorien inneholder også en beskrivelse på hva palliativ behandling er og utfordringer en kan møte i slikt arbeid. Oppgaven avsluttes med en drøftingsdel og konklusjon.

Jeg har prøvd å begrense og samle konkret teori for at innholdet skal være mest mulig relevant.

2 METODE

2.1 Litteraturstudium som metode

Et litteraturstudium som metode tar i bruk eksisterende litteratur for å besvare problemstillingen. Litteraturstudium består av forskning fra bl.a. vitenskapelige artikler eller rapporter (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s. 62).

Drøfting er den delen av oppgaven der en diskuterer problemstillingen fra forskjellige perspektiver for å finne en konklusjon. Jeg har drøftet forskningsartiklene opp mot teorien, og brukt egne erfaringer for å diskutere problemstillingen. En litteraturstudie anvender kvalitativ forskning for å finne meninger og erfaringer innen et tema. I den kvalitative metoden har forskeren direkte kontakt med deltakerne gjennom intervju (Dalland, 2012).

2.2 Søkeprosessen

For å finne forskning som besvarer problemstillingen har jeg valgt forskning fra to databaser. Lover er funnet gjennom lovdata. Søkeperioden var fra 05.04.2017 til 01.05.2017. Jeg fant fire studier som brukes i oppgaven. Grunnet skolens regler på ny forskning har jeg begrenset søkene til å være innenfor de siste ti årene. Søkeord er følgende:

«Aktiv dødshjelp», «etikk», «ethical dilemma», «eutanasi», «assistert selvmord», «assisted suicide», «end of life care», «qualitative», «palliativ sykepleie», «palliative care», «nursing ethics», «communication» og «relation». Bindingsordet «AND» ble brukt for å utvide søket, og danne forskjellige kombinasjoner av søkeordene.

Studiene i oppgaven er funnet i Cinahl. I første omgang brukte jeg søkeordene «ethical issues», «experience» og «palliative care». Søkeordene kombinerte jeg med «AND» og avgrenset med academic journal og årstall mellom 2007- 2017. Søket fikk 65 treff. Jeg valgte studiene «*Ethic and bioethic dilemmas on palliative care for hospitalized elderly: nurses' experience*» og «*Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a swedish study*». Deretter brukte jeg søkeordene «ethical issues», «nursing» og «palliative care». Jeg kombinerte med «AND» og brukte samme avgrensning som tidligere. Søket fikk 138 treff. Jeg valgte studien: «*Ethical issues Experienced Palliative Nurses*».

Gjennom søk i DiVA portal (Digitala Vetenskapliga Arkivet) fant jeg en doktoravhandling skrevet av Margareta Karlsson. Tittelen er «*Vidrörd av livet i dödens närhet*».

Søkeordene for å finne denne var: «berøring», «livets slutskede», «relasjon», «omsorg» og «sykepleievitenskap».

Oppgaven består også av tidligere pensumslitteratur, og tilleggslitteratur som er funnet gjennom søk i biblioteket på Høyskolen i Vestlandet, campus Førde. Jeg bruker også sykepleierforbundet sine yrkesetiske retningslinjer. Mest anvendte bøker er Katie Eriksson sin bok «Det lidende menneske», pensumbøkene «Grunnleggende sykepleie, bind 3», «Utførelse av klinisk sykepleie», «Sykepleie i hjemmet» og «Omsorg».

2.3 Kilde og kildekritikk

Kildekritikk som metode er et hjelpemiddel som kan brukes for å finne ut om en kilde er troverdig (Dalland, 2012, s. 67). Kildekritikken skal også bidra til å vise refleksjon over eget arbeid ved å finne svakheter og styrker i oppgaven.

Oppgavens forskning og teori er byttet ut gjentatte ganger, for å holde oppgavens innhold konkret og innenfor rammene, dette kan ha ført til at annen relevant forskning og litteratur ikke er blitt tatt med. Problemstillingen er ikke avgrenset til eldre mennesker, men studiene tar utgangspunkt i den aldersgruppen. Dette kan føre til unøyaktige opplysninger.

Forskningen er valgt fordi den svarer på problemstillingen. Den er sentrert på sykepleiers erfaring med etiske dilemmaer i møte med en pasient i palliativ fase. Forskningen er skrevet på svensk og engelsk, noe som kan føre til feiltolkning av innholdet. Resultatene har funnet frem til forskjellige dilemmaer som beskriver utfordringer i møte med pasienten i palliativ fase. Jeg har i tillegg til forskning også med relevante lover og regler som jeg mener styrker oppgaven. Jeg har også med retningslinjene til sykepleierforbundet, noe jeg ser på som en viktig del av oppgaven.

3 TEORI

Jeg vil i denne delen av oppgaven legge frem teori og forskning. Jeg begynner med lovverk, prinsipper og retningslinjer knyttet til problemstillingen, etterfulgt av sykepleieteoretiker og avslutter kort med palliativ behandling og utfordringer for sykepleiere.

3.1 Lovverket

Innledningsvis fortalte jeg om en situasjon der en pasient ønsket hjelp til å dø. I motsetning til andre land tar Norsk lov sterk avstand fra eutanasi og assistert selvmord.

Det kommer klart frem i Straffeloven (2005) §277 at medvirkning til selvmord og skade på kropp eller helse er straffbart, samt §278 om straff som følge av medlidenhetsdrap der en person er dødssyk eller har et ønske om å dø.

Norsk lov har derimot rettet fokus på lindring i form av palliativ behandling for pasienten med uhelbredelig sykdom. Det er pasienten sitt eget valg å ta imot behandlingen, noe som står forankret i Pasient- og brukerrettighetsloven §4-9 andre ledd:

§ 4-9: Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (2016) har fokus på å fremme helse og verne livet ved å bygge yrkesutøvelsen på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskets rettigheter.

Retningslinjene tar for seg sykepleiers oppgaver i arbeid med palliativ pleie. Det står blant annet at sykepleier er pliktig å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, samt å ta del i beslutninger som gjelder livsforlengende behandling. Sykepleier skal også være pasientens «advokat» og sørge for at pasienten blir hørt. I arbeid med en døende pasient skal sykepleier bidra til at livets slutt oppleves naturlig og at pasienten får en verdig død. Sykepleier skal også sørge for at pasienten ikke dør alene.

3.2 Sykepleiers etiske ansvar i møtet med pasienten

Sykepleiers sterkeste verdi er å fremme pasientens beste, med andre ord skal sykepleier lindre, fremme helse, forebygge sykdom og respektere pasientens valg (Nortvedt, 2016, s. 48).

Det finnes flere former for etikk, men oppgaven tar for seg hovedtypene, plikketikk og konsekvensetikk. Disse kan ofte ses sammen i en situasjon, der en står i klammeri og en må velge mellom en av dem. Et slikt valg kan være å måtte handle til det beste for bare pasienten eller å handle til flertallets beste. Pliktetikken er den etikken som fokuserer på den enkelte personen og selve handlingen som utføres. Pliktetikken deles i to former, den autonome som viser til en indre autoritet og innebærer lover eller regler som en person frivillig pålegger seg, og den heteronome som omfatter en ytre autoritet, som for eksempel lover og regler som finnes i et samfunn (Nortvedt, 2016, s. 73-78).

Den andre hovedformen innen etikk er konsekvensetikken. Her er hovedtanken at handlingen skal føre til flertallets beste, med fokus på mål og konsekvenser. Tanken bak er at sykepleier skal skape et størst mulig gode som resultat av handlinger en kan utføre (Nortvedt, 2016, s. 85).

Den etiske tankegangen har grunnmur i de etiske prinsippene.

Disse ble dannet i 1978 og kalles fireprinsippetikken. Disse står for medisinsk etikk og vises som en metode som balanserer etiske hensyn med prinsippene som veileder.

Prinsippene er konkret, men har likevel en generell tilnærming i praksis slik at de kan anvendes i ulike pasientsituasjoner (Nortvedt, 2016, s. 96).

Først har vi rettferdighetsprinsippet som sikrer alle rett på lik omsorg, avhengig av behovet innen medisin og pleie. På samfunnsbasis er dette prinsippet ofte brukt under diskusjoner om hvordan begrensede ressurser skal fordeles ved tanke på likebehandling og prioritering av de som trenger det mest (Nortvedt, 2016, s. 98-99). Prinsippet står fastslått i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer om at en skal prioritere og vurdere hva samfunnet bruker helsepengene på, samt å ta hensyn til samfunnets bruk av ressurser. Sykepleier skal også bidra til å prioritere pasienten med størst omsorgsbehov, og arbeide ressursmessig for å danne en god praksis. Sykepleier er også pliktet til å balansere hver enkelt pasient sitt pleiebehov mot hensynet til rettferdig ressursbruk for flertallet (NSF, 2016).

Videre har vi autonomiprinsippet og velgjørhetsprinsippet. Autonomiprinsippet taler for pasientens rett til selvbestemmelse med forbehold i at pasienten er kompetent til å ta egne valg. Prinsippet står også for pasientens rett til å bestemme over egen behandling og pleie, og retten til å nekte helsehjelp (Nortvedt, 2016, s. 98). Det står også forankret i sykepleiers yrkesetiske

retningslinjer (2016) at sykepleier skal respektere pasientens rett til å ta et valg, samt frasi seg selvbestemmelsen. Sykepleier er pliktig i å fremme pasientens mulighet for å ta riktig avgjørelse basert på tilpasset informasjon, og forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen.

Store deler av sykepleiers yrkesutøvelse handler om ønsket om å gjøre det som er best for pasienten (Nortvedt, 2016, s. 96).

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF, 2016, punkt 2.3).

Velgjørenhetsprinsippet tar for seg en konsekvensetisk tankegang der både handling og konsekvens veies. Det vil si at en vurderer de positive og negative sidene ved konsekvensen og veier de for og imot hverandre. Konsekvensetikken er stadig på let etter den beste handlingen som fører til den beste konsekvensen. Den konsekvensetiske tankegangen anvendes for å vise hensyn til de som berøres av pasientens avgjørelse (Nortvedt, 2016, s. 96-97).

Nortvedt (2016, s. 96) spesifiserer det siste prinsippet som hva en pleier ikke skal gjøre mot pasienten, og er til for å beskytte pasienten mot feilbehandling og dårlig yrkesutøvelse. Sykepleier skal utføre prosedyrer og handle varsomt slik at pasienten, så langt som mulig, slipper stor grad av smerte og ubehag (Nortvedt, 2016, s. 96). Ikke-skade prinsippet forteller om lindring og ivaretagelse ved at sykepleier minimaliserer smerte og ubehag gjennom utførelsen av prosedyrer og handling. Det er også forklart i retningslinjene som sykepleiers plikt til å utføre omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2016).

3.3 Katie Erikssons omsorgsteori

Oppgaven bygges på Katie Erikssons omsorgsteori grunnet hennes beskrivelse av lidelse, som er svært sentralt for problemstillingen. Eriksson beskriver lidelse gjennom flere begreper, men jeg vil kun ta for meg de som er mest sentral grunnet oppgavens omfang.

I boken «Det lidende menneske» (Eriksson, 1995, s.41) beskriver Eriksson lidelse med flere tolkninger, bl.a. i en oppfatning av at den ikke har mening, men at den kan gis en mening ved å forbindes med noe annet. Hun forklarer også lidelse som forbundet med sykdom, smerte og angst, noe som gir ordet en abstrakt mening (1995, s.19). Eriksson (1995, s. 67) skriver også om en klinisk lidelse som for pleierne er et åpenbart følge av sykdommen.

Lidelsen beskrives også som en dødsprosess. Denne innebærer sorgen over noe vi har mistet eller kommer til å miste, som igjen fører til at mennesket endres, omdannes eller oppløses (Eriksson, 1995, s. 17). Videre forklarer hun at den lidelsen som dreper ødelegger mennesket som hel person. Mennesket blir oppløst av håpløshet, sorg, skyldfølelse og ensomhet, og dersom det ikke får sin egenverdi bekreftet under lidelsen, kan det igjen føre til økt lidelse (Eriksson, 1995, s. 18).

Pleielidelse er et begrep Eriksson (1995, s. 17) bruker for å beskrive pasientens opplevelse av hvordan pleien utføres på, og som kan være et resultat av krenkelse av verdighet, fordømmelse og straff, og maktutøvelse og utelatt pleie.

Det siste begrepet oppgaven tar for seg er livslidelse (Eriksson, 1995, s. 74-75).

Livslidelse omfatter hele livssituasjonen, alt som innebærer livet og det å være et medmenneske i relasjon med andre. En slik lidelse endrer menneskets totale livssituasjon og kan føles som en trussel mot tilværelsen. Opplevelsen av denne lidelsen kan føre til et tap av sammenheng i hverdagen gjennom opplevelsen av et oppløst indre. Eriksson (1995, s. 76) skriver videre at lidelsen ikke alltid lar seg ødelegge, men ofte lar seg lindre. Forutsetningene for å kunne lindre er å skape en pleiekultur der mennesket føler tilhørighet, respekt og omsorg. Å lindre lidelse innebærer å unnlate krenkelse av menneskets verdighet, å ikke være nedlatende og å misbruke makt, men heller å gi pasienten god pleie ved å legge merke til de tingene som er viktig for pasienten. Slik kan han oppnå ny kraft og en følelse av verdighet (Eriksson, 1995, s. 76).

3.4 Palliativ omsorg

Palliativ behandling er en naturlig del av pleien til pasienter i livets slutfase.

Behandlingen baseres på smertelindring og tiltak som rettes direkte mot sosiale, psykiske og åndelige behov (Helsedirektoratet, 2015). Jeg bruker WHO sin definisjon som forklaring:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (Helsedirektoratet, 2015, side. 13).

Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen. I 2011 kom WHO med en ny definisjon hvor det fremgår at prinsippene også kan anvendes tidlig i sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2015).

Per dags dato er det ikke like stor skille på aktiv kurativ behandling og lindrende (palliativ) behandling. I dag tar norsk helsevesen i bruk livsforlengende behandling samtidig som pasienten mottar lindrende behandling. WHO definerer at palliativ behandling og omsorg er tiltak som iverksettes når pasienten får diagnosen som uhelbredelig syk (Trier, 2013, s. 895).

I palliativ omsorg ønsker en å skape velvære for pasienten, verdsette det livet som er og anse døden som en normal prosess. Fokuset rettes mot velvære fordi det ikke er mulig med helbredende behandling, og målet er å gjøre den siste delen av livet så god som mulig for pasienten (Birkeland & Flovik, 2014, s. 97).

3.4.1 Utfordringer i palliativ omsorg

Palliativ omsorg for den døende pasienten kan for mange sykepleiere være utfordrende.

Det krever en evne til å være tilstede, og at en klarer å opptre profesjonelt i forhold til sine private erfaringer i møte med døden. Det stilles krav til at sykepleier har kunnskaper i møte med en døende pasient. Det kreves veiledning og undervisning for at sykepleieren skal være oppdatert og ha en faglig utvikling, samt at en ikke skal være tilbaketrukket i en slik situasjon (Trier, 2013, s. 896). Noen mestrer ikke å arbeide så tett med døden, og tanker om egen død kan kjennes påtrengende. Å unngå døden i et slikt arbeid skaper avstand fra pasienten, noe som gjør det vanskelig å hjelpe. Dette er sykepleiers personlige utfordring, som for pasienten kan oppleves som uprofesjonell og som er uetisk, og bør ses på som et forbedringspotensial og ikke som en umulig oppgave. Frykten for døden kan skape problemer i relasjonen mellom pasient og pleier, og er oftest å se hos unge nyutdannede med liten erfaring. Et hjelpemiddel for å komme gjennom utfordringen er å samtale med erfarne kollegaer, fortelle om sine tanker og følelser, og derfra få veiledning og hjelp til å klare oppgaven. Ved å aktivt observere den erfarende arbeideren kan en oppleve større forståelse og trygghet til neste møte (Mathisen, 2014, s. 304).

4 RESULTAT

4.1 Studie 1

Tittel: **Ethic and bioethic dilemmas on palliative care for hospitalized elderly: nurses' experience.**

Forfatter: Bezerra do Amaral, J., do RosÃ¡rio de Menezes, M., Martorell-Poveda, M. A., Cardoso Passos, S.

Årstall: 2012

Hensikt:

Hensikten er å analysere etiske og bioetiske dilemmaer basert på sykepleieres erfaring i arbeid med palliativ pleie for eldre pasienter på sykehus.

Metode:

Studien baseres på en kvalitativ metode der det tas i bruk muntlig intervju for å samle erfaring fra sykepleiere. Studien er dannet av en enhet for geriatrisk palliativ pleie i Salvador- Brazil, i tidsperioden mai til august 2005. Informasjonen ble brukt til en taleanalyse.

Resultat:

Studien resulterer med flere dilemmaer bl.a. ved kunstig forlengelse av livet, mating av terminale pasienter, neglekt av informasjon og en uønsket dobbeffekt der behandlingen lindrer, men forkorter livet. Informasjonen viser at sykepleierne opplevde både etiske og bioetiske dilemmaer, verdikonflikter og motsetninger.

4.2 Studie 2

Tittel: **Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study**

Forfatter: Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A., Berggren, I.

Årstall: 2010

Hensikt:

Hensikten med studien var å belyse erfaringene til sykepleiere i kommunehelsetjenesten i arbeid med palliativ omsorg og etiske dilemmaer. Studiens bakgrunn legges i manglende forskning på hvordan sykepleiere opplever etiske dilemmaer i palliativ hjemmebehandling. De etiske dilemmaene sykepleiere utsettes for utfordrer deres kompetansenivå.

Metode:

Studiens metode er basert på en kvalitativ metode der syv sykepleiere beskrev sine erfaringer med etiske dilemmaer i palliative hjemmepleie. Informasjonen ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Funn:

Resultatet viser at de etiske problemstillingene sykepleierne møtte var maktløshet, frustrasjon og besymring i forhold til den palliative omsorgen. Sykepleierne følte seg motivert og ansvarlig for pasientens siste del av livet, og tok sitt ansvar til både pasient og pårørende alvorlig.

4.3 Studie 3

Tittel: **Ethical Issues Experienced Palliative Nurses.**

Forfatter: Cheon, J., Coyle, N., Wiegand, D. L., Welsh, S.

Årstall: 2015

Hensikt:

Artikkelens hensikt var å identifisere etiske problemstillinger som hospice og palliative sykepleiere opplevde, samt hvilke tilgjengelige ressurser de har og identifisere hvordan HPNA kunne støtte dem i deres arbeid.

Metode:

Studien er gjort av hospice og organisasjonen for palliativ sykepleie (HPNA). Studien ble gjort med en kvalitativ metode der 129 medlemmer fullførte undersøkelsen via internett.

Informasjonen ble nøye gjennomgått, og resultatet ble gruppert i seks kategorier.

Funn:

1. De etiske dilemmaene inneholdt blant annet utilstrekkelig kommunikasjon
2. Utførelse av ikke-fordelaktig informasjon
3. Truet pasientautonomi
4. Problemer innen håndtering og bruk av opioider
5. Problemer knyttet til beslutningsprosesser
6. Problemer knyttet til avsluttende livsforlengende behandling.

Ca to tredjedeler av sykepleierne brukte tilgjengelige ressurser for å løse problemstillingene, inkludert en formell etisk konsultasjon, de involverte palliative/hospice team, rådførte seg med andre faggrupper og pedagogiske ressurser. Den siste delen av sykepleierene forklarte at det var institusjonelle eller personlige barrierer som hindret i etiske problemet i å bli løst.

4.4 Studie 4

Tittel: **Berørt av livet i dødens nærhet**

Forfatter: Karlsson, M.

Årstall: 2016

Hensikt:

Forskerene ønsket å skape en modell som skulle vise hva som skal til for å være både menneske og omsorgsgiver i arbeid med den palliative pasienten.

Metode:

Avhandlingen har en kvalitativ tilnærming, og tar for seg fire studier der undersøkelsen av disse baseres på hverandre med en hermeneutisk tilnærming.

Funn:

Metoden ble delt inn i fem punkter:

1. Skyld som kjærlighet gir styrke og vilje til å handle med kjærlighet og barmhjertighet i arbeid med pasienter ved livets slutt.
2. Et mot som beskriver initiative til å få kontakt med medmenneskers liv. Over tid utvikler motet seg og står for seg selv med grunnlag i troen på mennesker, resulterer i en kjærlig måte å hjelpe pasientene til å forsones seg med livets slutt.
3. Indre oppvåkning. At omsorgspersonen blir berørt av det pasienten gjennomgår viser en kjærlighet mellom pleier og pasient.
4. Menneskets utvikling viser en forståelse av livet som oppleves gjennom omsorg for et annet menneske.
5. En uselvisk kjærlighet. Kjærligheten har som krav å uttrykke det som er en sannhet, vakkert og godt for pasienter i livets slutt.

5 DRØFTING

Hensikten med oppgaven er å finne etiske utfordringer som sykepleier møter gjennom forløpet av palliativ behandling. I møtet med en døende pasient er det mye en sykepleier må ta hensyn til, og ikke minst vite for å kunne veilede og hjelpe pasienten på en riktig og meningsfull måte. Jeg har tidligere beskrevet lovgivningen og etiske prinsipper innenfor sykepleie, samt noen utfordringer, og vil nå belyse hvilke etiske utfordringer sykepleier møter i arbeid med lindrende og palliativ pleie. Jeg vil ta for meg hver studie gjennom fire avsnitt og drøfte hver og en i lys av teorien. Drøftingen vil reflektere over etiske utfordringer og svare på problemstillingen fra flere perspektiver.

Etiske og bioetiske dilemmaer i palliativ omsorg for eldre i sykehusopphold

Det sentrale budskapet i studien er å beskrive ulike etiske og bioetiske dilemmaer som sykepleier møter i arbeid med palliative pasienter (Bezerra do Amaral, Menezes, Martorell-Poveda & Cardoso Passo, 2012).

Ved å se på disse utfordringene finner vi motsetninger gjennom lov og retningslinjer.

Studien beskriver kunstig forlengelse av livet som et unødvendig tiltak som svekker pasientens verdighet og forlenger lidelsen pasienten befinner seg i. Dersom norsk helsevesen skulle avsluttet kunstig forlengelse av livet vil det stritte imot straffelovens §278 om medlidenhetsdrap. Det sies dessuten i §277 at det er straffbart å medvirke til selvmord eller personskade (Straffeloven, 2005). Med en konsekvensetisk tankegang kan helsepersonell veie konsekvensen av avsluttende livsforlengende behandling, mot pasientens opplevelse av sin siste tid. Her skal også flere perspektiver veies og både pårørende, pasient og helsepersonell blir hørt.

Pasienten står fri til å nekte dersom han ikke ønsker livsforlengende behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), og sykepleier er pliktig å veilede pasienten til å ta riktig valg og deretter støtte valget pasienten tar (NSF, 2016). En slik fremgangsmåte styrker også pasientens autonomi, noe som kan fremme pasientens opplevelse av sin lidelse (Nortvedt, 2016; Eriksson, 1995). Sykepleier kan også fremme pasientens autonomi gjennom en pliktetisk tankegang da den fokuserer på pasienten og selve handlingen han utsettes for (Nortvedt, 2016). Ved å høre på pasientens valg av behandling fremmer sykepleier pasientens indre autoritet da han selv står for valget å følge sin rett i pasient- og brukerrettighetsloven (1995).

Ifølge Trier (2013) er den palliative omsorgen en kombinasjon av livsforlengende og lindrende behandling, men den verken fremskynder eller forlenger dødsprosessen (Helsedirektoratet, 2015). Dersom helsevesenet avslutter livsforlengende behandling vil ikke omsorgstilbudet rundt pasienten

være like omstridt og utfordringene kan bli en større påkjenning for sykepleieren. Det kan tenkes at sykepleiers møte med døden kan oppleves vanskeligere uten den livsforlengende delen av behandlingen. Denne delen kan kjennes som en forberedelse til den endelige palliative omsorgen. Gjennom tilstedeværelse av livsforlengende behandling og grunnleggende kunnskaper i møte med den palliative pasienten, kan sykepleier hindre seg selv fra å være usikker når pasienten er gått inn i den siste fasen (Trier, 2013).

Studien tar for seg dystanasi i den betydning at pasienten med uhelbredelig sykdom opplever en smertefull død i en prosess der livet forkortes uten smerte og lidelse. Det kan tolkes at pasienten i et slikt tilfelle opplever en indre smerte i den palliative behandlingen som fører til at behandlingen ikke har en effekt. Det kan også tolkes som en dobbelteffekt der behandlingen gir smertelindring, men forkorter livet ved bruk av medikamenter. Dette kan sammenlignes med det Eriksson (1995) kaller for pleielidelse der pasienten opplever pleien som krenkende og uverdig eller ved en opplevelse av maktbruk gjennom det tilbudet som blir gitt. Pleielidelsen blir sentral i studien da pleierne utelukker informasjon og tar for seg kunstig forlengelse av livet, samt at autonomiprinsippet svekkes. Gjennom kunstig livsforlengelse kan pasienten kjenne på en lidelse som får mening (Eriksson, 1995) gjennom uverdigg behandling, noe som også kan knyttes til den vanskelige matsituasjonen. Dersom den palliative pasienten ikke ønsker å spise kan ikke sykepleier tvinge pasienten til det (Bruker- og pasientrettighetsloven, 1995). I denne situasjonen stiller sykepleiere i studien spørsmål ved om pasienten kan sulte i hel og om det er riktig å la pasienten ta en slik beslutning? Tanken motsetter grunnholdningen om omsorg ved livets slutt. Ved å se disse to utfordringene sammen kan det tenkes at livskvaliteten svekkes ved at sorgen i livets slutt oppløser pasientens indre og fører til at dødsprosessen (Eriksson, 1995) fremskyndes grunnet pleielidelsen.

I retningslinjene (2016) står det at sykepleier skal fremme helse og verne om livet, samtidig står det at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til selvstendige avgjørelser gjennom tilpasset informasjon. Sykepleier skal også aktivt skal delta i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidra til at pasientens stemme blir hørt. Studien tar for seg neglekt av informasjon noe som forteller at sykepleier unngikk å informere pasienten. I denne situasjonen fulgte ikke sykepleier retningslinjene, noe som fører til at autonomiprinsippet brytes. Utelatt informasjon fører til at autonomien svekkes på en slik måte at pasientens ønske ikke fremmes. Utelukket informasjon hindrer pasienten i å ta et selvstendig valg. Valget blir heller ikke tatt i hensyn til risiko og behandling, og pasienten tar dermed ikke en realistisk beslutning. Sett fra et annet synpunkt kan det være pasientens beste å utelukke noe informasjon. Et eksempel kan være at sykepleier ser at pasienten er

blitt dårligere, som i en terminal fase, men ikke forteller om sine observasjoner for å skåne pasienten, eller for å unngå å fortelle pasienten det han allerede har forstått.

Erfaringer med etiske dilemmaer i palliativ omsorg blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten

Resultatet i studien viser at sykepleiere møtte utfordringer som maktesløshet, frustrasjon og bekymring i forhold til den palliative omsorgen.

Trier (2013) og Mathisen (2014) skriver om sykepleiers personlige utfordringer i møte med palliativ pleie. Ikke alle mestrer å jobbe i nær relasjon med døden, og det er ofte en utfordring for den enkelte. Maktesløshet, frustrasjon og bekymring for pasienten i den palliative fasen er opplevelser som går igjen. Relasjonen mellom sykepleier og pasient kan føre til emosjonelle og følelsesmessige utfordringer for pleieren. Tiden sykepleier tilbringer med pasienten gjør dem kjent med hverandre på en unik måte og de knytter ofte et sterkt bånd. En god relasjon med pasienten kan føre til at sykepleier også kjenner sorg når pasienten har det vanskelig i sin situasjon, da ønsket om å hjelpe vekker en sårbarhet (Karlsson, 2016). Personlig kan jeg beskrive atmosfæren rundt en døende pasient som rolig og vakkert, og det er en følelsesladd situasjon. Tanker om hva som er akseptabelt er kanskje noe som dukker opp hos en pleier. Er det akseptabelt å gråte ilag med pårørende når en ser at pasienten lider? Jeg tenker det viser medmenneskelighet å vise følelser, men sykepleier skal også være profesjonell. I samvær med pårørende skal sykepleier være en støttespiller og trygghet i deres sorg, og pleierens sorg skal ikke stå i sentrum.

Ved å se på de etiske prinsippene er det lettere å forestille seg utfordringen som fører maktesløshet, frustrasjon og bekymring med seg. Disse er lettere å sette seg inn i ved å se på Erikssons (1995) beskrivelse av lidelse. Dersom velgjørenhets og ikke-skade prinsippet ikke er en del av pleieutførelsen kan det føre pleielidelse, og dermed skade pasientens verdighet, og videre forverre pasientens sjelelige og åndelige indre, istedenfor å hjelpe på sykepleiefaglig grunnlag. Det kan tenkes at dersom ikke-skade-prinsippet ikke følges opp vil avviket føre til pleielidelse grunnet mangel på god ivaretagelse og utførelse av pleie og handling. Med en tankegang innen pliktetikikk vil også en slik hendelse føre til brudd på den ytre autoriteten og konsekvensen av dette er at pasientens lidelse forverres, noe som igjen kan føre til endring i pasientens kliniske lidelse. En utfordring blir da at den indre autoriteten trues ved at det ytre autoriteten overstyrer den (Nortvedt, 2016). Dersom sykepleier ikke jobber for å unngå skade kan smerten fra skaden forårsake en dårlig relasjon sammen med medmennesker, noe som kan føre til livslidelse (Eriksson, 1995). Frustrasjon og bekymring kan

komme av det store ansvaret sykepleier kjenner på i slik sammenheng, og kan over lengre tid føles utmattende.

Birkeland og Flovik (2014) skriver at sykepleier strever etter å skape velvære for pasienten fordi helbredene behandling ikke er mulig. Målet er deretter å gjøre pasientens siste del av livet så god som mulig. Denne tankegangen støtter helsedirektoratets (2015) beskrivelse av palliativ behandling der grunnlaget setter tiltak om fremmer pasientens sosiale, åndelige og psykiske behov.

Å arbeide med en dødssyk pasient kan være en påkjenning og følelsesrik opplevelse. Erfaring viser at pleier og pasient bygger en god relasjon som i seg selv kan føre til frustrasjon og bekymring for pasienten. Makteløsheten kan komme av følelsen av å ikke strekke til og dermed føle at en ikke gjør en god nok jobb. En ser at pasienten har smerter, men en sykepleier vet at en høyere morfindose kan føre til lavere respirasjonsfrekvens, som kan fremskynde dødsprosessen, noe som skrider imot alle prinsipper og lovverk om medvirkning og medlidenhetsdrap (Straffeloven, 2005).

Rettferdighetsprinsippet er også en del av fireprinsippetikken (Nortvedt, 2016).

Sykepleier møter samfunnsbaserte utfordringer, bl.a. gjennom bruk av ressurser og prioritering av pasientene, og det kan tenkes at det er vanskelig å måtte velge mellom pasientene. Jeg tar et eksempel fra hjemmesykepleien hvor sykepleier har ofte flere pasienter med behov for palliativ omsorg. Her har en ofte lange distanser å kjøre og pleier kan se seg nødt til å ta en beslutning på hvilken pasient som skal prioriteres innen et tidsrom. Om to alarmer går av og begge pasientene er svært dårlig må sykepleier prioritere disse, men klarer kanskje ikke å nå begge to. Dermed må en annen pleier hjelpe til. I et slikt tilfelle må sykepleier prioritere mellom alle pasientene i sitt distrikt for å få kabalen til å gå opp. Erfaring viser at de «friskeste» pasientene ofte blir nedprioritert og kanskje ender opp med å ikke få det tilsynet de har rett på. I en slik utfordring bidrar sykepleier til at pasienten med det største omsorgsbehovet prioriteres, og at pasientens pleiebehov balanseres mot rettferdig ressursbruk (NSF, 2016). På en annen side er sykepleier satt i klammeri med tiden og må kanskje jobbe overtid for at alle tilsyn rekkes. Ved å jobbe på en slik måte følges retningslinjene og sykepleier viser dedikasjon og ansvar i arbeidet sitt. Sykepleier ønsker å gjøre pasienten godt og ønsker å gjøre alt som kan gjøres for at pasienten skal oppleve god pleie og omsorg.

Etiske dilemmaer erfart av palliative sykepleiere

Studien resulterte i flere etiske problemstillinger, blant annet truet pasientautonomi, problemer innen håndtering og bruk av opioider og problemer knyttet til beslutningsprosesser og avsluttende behandling.

Autonomiprinsippet innebærer pasientens rett til å bestemme over eget liv og behandling, så lenge pasienten er tilregnelig og ikke er fratatt sin myndighet (Nortvedt, 2016). Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (2016) inkluderer autonomiprinsippet ved at sykepleier skal fremme pasientens rett til å bli hørt og tatt hensyn til, samt å respektere pasientens rett til å ta egne beslutninger. Med en slik tilnærming vil prinsippet også gjelde siste ønsket i livets slutfase.

Loven nekter helsepersonell å hjelpe pasienten ved å fremskynde døden, men tillater avsluttende behandling dersom kurativ behandling ikke lenger gjør nytte (Straffeloven, 2005). Pasienten kan nekte behandling (Pasient- og brukerrettighetene, 1995), og det kan da tenkes at den palliative behandlingen starter tidligere på grunnlag av pasientens ønske. Uansett vil den palliative og lindrende behandlingen fortsette. Før en slik behandling avsluttes må sykepleier og annet helsepersonell veie konsekvensen av handlingen. En konsekvensetisk (Nortvedt, 2016) gjennomgang av den helhetlige pasientsituasjonen må til før en tar en avgjørelse som gjelder liv og død. Pasienten sitt ønske blir hørt, men en konsekvensetisk tankegang skal inkludere alle involverte, ikke bare pasienten. Hva tenker pårørende om en tidlig start på palliativ behandling og hvilke vanskeligheter og utfordringer får personalet av en slik avgjørelse? Personlig har jeg en grunntanke om at det er pasienten som står for valget, og at det er pasienten som til syvende og sist skal tas hensyn til.

I arbeid med palliative pasienter kan sykepleier kjenne seg utilpass med å arbeide tett med døden, og det kan være en problemstilling mange møter i sin karriere (Mathisen, 2014; Trier, 2013). Fra mitt arbeiderperspektiv tenker jeg at personalet har valgt et arbeid der slike problemstillinger stadig dukker opp, og en må vite hvordan en stiller seg til det. En helsearbeider kan ikke velge å trekke seg vekk fra sin plikt med grunnlag i at det ikke passer deres synpunkt eller oppleves som vanskelig. Pasienten sitt liv og ønske skal komme først, og da kommer personalet sitt synpunkt og ønsker sist.

Når pasienten går inn i livets siste fase, er sykepleier klar over at behandlingen en gang vil slutte å vise tilfredsstillende resultater. Det er i disse tilfeller at sykepleiers etiske utfordring knyttet til palliativ behandling kommer frem. Overgangen fra livsforlengende behandling til palliativ omsorg kan være vanskelig, og å formidle dette til pasient og pårørende kan være en utfordring. En kan tenke seg at pasienten på et slikt stadium kan være så medtatt av sykdommen at han er blitt oppløst av lidelsen som har pågått over lengre tid, og at pasienten er gått inn i det Eriksson (1995) beskriver som

dødsprosessen. I slike tilfeller ønsker sykepleier å ivareta pasienten, gjøre godt og hjelpe på best mulig vis.

I Norge gis livsforlengende behandling og palliativ behandling om hverandre (Trier, 2013). Studien forteller om utfordringer innen medisinerer, og vanskeligheter rundt dette.

Flere sykepleiere ga tilbakemelding om at grensen mellom smertelindring og palliativ behandling var noe som skapte bekymring med tanke på forholdet mellom symptomlindring og raskere død. Her kan det oppstå en utfordring for sykepleier om å stå imot sine personlige grunnholdninger som blant annet respekt for livet. Med verdier fra velgjørhetsprinsippet kan sykepleier argumentere for det ønsket av å gjøre livet godt, og ikke handle feilaktig (Nortvedt, 2016). Det kan derimot være vanskelig å finne en mellomstasjon.

Sykepleier skal også handle etter verdiene i ikke-skade prinsippet, for å unngå skade og smerte hos pasienten, men også for å sikre at pasienten ikke opplever smerte og ubehag knyttet til pleien (Nortvedt, 2016). Dersom ikke-skade prinsippet ikke holdes kan det føre til det Eriksson kaller pleielidelse (1995). Om pasienten har opplevd pleielidelse kan det tenkes at overgangen til livets slutt kan oppleves som positivt for han. Det kan også gi pasienten tilbake følelsen av autonomi som ble fratatt da han ikke fikk den hjelpen han trengte og ønsket. Fra sykepleiers perspektiv kan overgangen oppleves som et brudd på grunnmuren i yrkesutførelsen da det ikke fremmer menneskelivet, men gjør motsatt ved å unngå å forlenge tiden før døden inntreffer (NSF, 2016).

WHO sin definisjon støtter at dødsprosessen ikke skal forlenges, men sykepleier kan ha det vanskelig å akseptere det med henhold til grunntanken i yrkesutførelsen.

Retningslinjene (2016) er klar i tanken om helsefremmende tiltak og vern om livet, og sykepleier skal fremme pasienten sin mulighet til å ta selvstendige avgjørelser for å bevare pasientens autonomi.

Sett fra et annet perspektiv kan situasjonen også hjelpe pasienten ut av lidelsen og sykepleier kan gi en verdig avslutning ved å gjøre noe godt for pasienten. Den tankegangen støtter autonomiprinsippet, velgjørhetsprinsippet, ikke skade prinsippet og retningslinjene.

I en situasjon der medisineren blir vanskeligstilt tenker jeg at den viktigste prioriteringen er å holde pasienten smertefri i livets slutt. Pasienten har en uhelbredelig sykdom, noe som vil si at han vil dø enten med eller av sykdommen. Hvis det stod mellom en smertefull død med lengre levetid, og smertelindring med kortere levetid, ville jeg selv ønsket sistnevnte. Og uansett hva pasienten ønsket ville jeg støttet det valget, og vært der for han både som et medmenneske, som omsorgsgiver og medisinsk personell. Prinsippene er generelt utarbeidet for å passe til de fleste pasienttilfeller. Jeg sier meg enig i bekymringen, men respekt for livet er mer enn hva ett prinsipp yrkesutførelsen skal inneholde.

Berørt av livet i dødens nærhet

Hensikten var å danne en metode som viser hvordan en kan opptre som både medmenneske og omsorgsarbeider i palliativ pleie. Metoden ble et resultat på fem punkter som omfatter kjærlighet som styrke, mot til å ta kontakt for å hjelpe pasienten til å forsone seg med døden, indre oppvåkning, utvikling og uselvvisk kjærlighet.

Grunnlaget for sykepleiers yrkesutøvelse taler for at all sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskets rettigheter (NSF, 2016). De etiske prinsippene faller også under dette. Velgjørenhet- og ikke skade prinsippet er sentral i behandlings- og pleiesammenheng, og står for å beskytte pasientene for skade ved å hindre eller eliminere den, samtidig som å gjøre godt ved å lindre pasientens smerte (Nortvedt, 2016). Dersom ikke-skade prinsippet ikke holdes kan det føre til det Eriksson (1995) kaller for livslidelse. Det er viktig for pasienten å ha en relasjon med omsorgsarbeideren for at han selv skal klare å være et medmenneske. Eriksson (1995) skriver om at lidelsen ikke alltid lar seg ødelegge, men heller lindre. Gjennom metodens punkter kan pleiekulturen oppstå for å hjelpe pasienten videre ved å vise respekt og omsorg, og dermed fremme pasientens mulighet for å forsone seg med sin virkelighet.

For å opptre som medmenneske og omsorgsarbeider er det viktig at yrkesutførelsen viser trygghet og rettferdighet. Sykepleier møter samfunnsbaserte utfordringer, bl.a. gjennom bruk av ressurser og prioritering av pasientene, og det kan tenkes at det er vanskelig å måtte velge mellom pasientene (Nortvedt, 2016). Også her kan jeg vise til problemstillingen fra hjemmesykepleien der en ofte er nødt å prioritere mellom pasientene. Dette er en utfordring som sykepleiere kan møte i flere yrkessammenhenger og ikke bare i hjemmesykepleien. Disse prioriteringene kan føre med seg utfordringer som relateres til samvittigheten da prioriteringen kan føre til at yrkesutførelsen ikke gir trygghet til de andre pasientene, siden de ofte blir utelatt.

6 KONKLUSJON

Studiene finner mange utfordringer som knyttes til sykepleiers erfaringer med palliativ omsorg og utfordringene som følger med disse. I en yrkessammenheng ser jeg at resultatet kan vise seg å være til stor hjelp og veiledning for sykepleiere i samfunnet. Mange sykepleiere møter nok mange av de samme utfordringene som oppgaven og forskningen fremstiller, og ser det nok som god hjelp å ha forskning å støtte seg på. Et eksempel som kan støtte sykepleiere som jobber innen palliativ omsorg kan være å utvikle refleksjonsgrupper blant personalet som er tilpasset etikk for å reflektere ulike dilemmaer som oppstår. Nyutdannede sykepleiere som gjerne ikke har møtt lignende situasjoner gjennom studie, kan se det som en trygghet at de samme utfordringene oppleves av erfarne sykepleiere. For å gjøre nyutdannede mer forberedt på utfordringene i palliativ omsorg så tenker jeg det kan være aktuelt å tilpasse sykepleierutdanningen mer til denne pasientgruppen. Palliativ omsorg er noe jeg tenker de fleste sykepleiere vil befinne seg i minst en gang i løpet av sin karriere. Et tilpasset studieforløp i sykepleiers grunnutdanning tenker jeg kan føre til større bevissthet og sterkere selvstendighet i yrkesutførelsen.

Livets slutt er en individuell opplevelse for pasientene, og relasjonen mellom pleier og pasient kan bidra som hjelp for å finne hvilken tilrettelegging som passer pasienten. Omsorgen rundt en døddende pasient kan være vanskelig for mange. Det kreves at sykepleier har oppdaterte fagkunnskaper og kompetanse for å se den enkelte pasientens behov i livets slutt.

For at pasienten skal føle trygghet, ro og mest mulig velbehag i livets slutt, er det viktig at sykepleier har innsikt i pasientens smertebilde og ser helheten av pasientens opplevelse av øyeblikket.

Grunnleggende kunnskaper om smerte og smertelindring er viktig for å bidra til at den palliative omsorgen skal bli god for pasienten.

7 LITTERATURLISTE

- Bezerra do Amaral, J., do Rosário de Menezes, M., Martorell-Poveda, M. A., Passos, S. C. (2012). Ethic and bioethic dilemmas on palliative care for hospitalized elderly: nurses' experience. *Cultura de los Cuidados*, s. 14-22. Doi: 10.7184/cuid.2012.33.02
- Birkeland, A., & Flovik, A-E. (2014). *Sykepleie I hjemmet*. (2 utg). Oslo: Cappelen Damm
- Cheon, J., Coyle, N., Wiegand, D. L., Welsh, S. (2015). Ethical Issues Experienced Palliative Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, s. 7.13. Doi: [://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000129](https://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000129)
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. (5 utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, S., & Skorstad, B. (2013). *Etikk- til refleksjon og handling i sosialt samarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Otta: Engers Boktrykkeri
- Helsedirektoratet. (2015, 26. mars). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet 18 mai 2017 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>
- Helsedirektoratet. (2015, 24 februar). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm*. Hentet 24. april 2017 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/kreft-i-tykktarm-og-endetarm/15-palliativ-behandling/15.2-palliativ-behandling-def>
- Helsedirektoratet. (2015, februar). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene*. Hentet 21 april 2017 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/ra>

pport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

Helsedirektoratet. (2015, mars). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Hentet 18 mai 2017 fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Karlsson, M. (2016). *Vidrörd av livet i dödens närhet: Att varda som människa och vårdare i vårdandets gemenskap* (doktoravhandling, Åbo Akademi). Hentet fra:

https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/123529/karlsson_margareta.pdf?sequence=2

Karlsson, M., Roxberg, A., Barebosa da Silva, A., Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *Internationas journal of palliative nursing*, s. 224-231. Hentet fra:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=a25884f6-17df-4ed7-827c-ca3c7c251369%40sessionmgr103&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=50980478>

Mathisen, J. (2014). Sykepleie ved livets slutt. Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg., s. 295-330). Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk sykepleierforbund (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 21.04.2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke, En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

Straffeloven (2005). *Lov om straff*. Hentet fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10#KAPITTEL_2-10

Trier, E. L. (2013). Lindrende sykepleie. Knutstad, U (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie*.

Sykepleieboken 3. (2. Utg., s. 892-944). Oslo: Cappelen Damm AS

WHO. (2015, Juli). *Palliative care*. Hentet 28.04.2017 fra:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>