



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Selvbestemmelse ved livets slutt

Self-determination at the end of life

Kandidatnummer 267

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie Førde

Innleveringsdato: 09.06.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskolen på Vestlandet, § 12-1

Sammendrag

Bakgrunn:

Døden er et tabubelagt tema og noe vi sjelden snakker om. I Norge dør det daglig i gjennomsnitt 45 eldre som bor på sykehjem. Andelen eldre vil øke de nærmere årene, og dette kan bli en utfordring for helsevesenet. For at sykepleiere skal kunne ivareta eldre pasienter i livets slutfase på en adekvat måte, er det nødvendig med gode retningslinjer for selvbestemmelse, samtykkekompetanse og kommunikasjon med den døende.

Problemstilling: «Hvordan sikre selvbestemmelse for eldre pasienter ved livets slutt?»

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om selvbestemmelse ved livets slutt, og å se på hvordan pårørendes og sykepleiers holdninger kan påvirke pasientens autonomi og verdighet. Det er sentralt å ha god kommunikasjon og relasjon med pasienter og pårørende for å ivareta dem som mennesker, men også for å se deres behov.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie der faglitteratur, forskningsartikler og egne erfaringer bidrar til å besvare problemstillingen. Det er gjennomført systematisk søk i databaser for å finne relevant forskning.

Funn: Funn viser at pasient og sykepleier i stor grad har samme oppfatning av å dø med verdighet. Likevel blir ikke alltid pasientens ønsker og behov ved livets slutt respektert. Studiene belyser at selvbestemmelse, uavhengighet og menneskerettigheter er sentralt for en verdig død.

Oppsummering: Selvbestemmelse er en av rettighetene en eldre sykehjemspasient har ved livets slutt. Funn viser at holdninger, tid og kompetanse påvirker pasientens selvbestemmelse. Gjennom ærlig kommunikasjon skaper en gode relasjoner og får kjennskap til pasientens ønsker og behov når døden nærmer seg. Det er derfor essensielt at sykepleier og pårørende er bevisst på sine holdninger og lar den kompetente pasienten ta egne valg.

Nøkkelord: Selvbestemmelse, ved livets slutt, relasjon og pårørende

Abstract

Background: Death is a taboo subject which is rarely talked about. In Norwegian nursing homes, an average of 45 elderly people die every day. The proportion of elderly people will increase in the coming years, and this could become a challenge for the healthcare system. For nurses to be able to look after elderly patients in an adequate way in the final phase of life, they need good guidelines and knowledge about self-determination, consent competence and communication with the dying person.

Research question: “How to ensure self-determination for elderly patients at the end of life?”

Aim: The aim of the assignment is to get more knowledge about autonomy at the end of life, and to look at how relatives` and nurses` attitude can affect the autonomy and dignity of the patient. Good communication with and relation to patients and next of kins are essential to enable the nurse to see the patient`s needs and give adequate care.

Method: The thesis is a literature study in which specialized literature, research articles and own experience contribute to answering the research question. A systematic search in databases has been carried out to find relevant research.

Results: Findings show that patients and nurses mainly have the same perception of dying with dignity. Nevertheless, the patients` wishes and needs at the end of life are not always respected. The studies show that self-determination, independence, and human rights are central to a dignified death.

Conclusion: Self-determination is one of the rights an elderly nursing home patient has at the end of life. Findings show that attitudes, time, and competence influence the patients` self-determination. Trough good communication, one creates good relationships and gets to know the patients` wishes and needs when death approaches. It is essential that nurses and relatives are aware of their attitudes and allow the competent patient to make his own choices.

Keywords: Autonomy, end of life, relation, next of kin

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Presentasjon av problemstilling	7
1.3 Avgrensing av problemstilling.....	7
1.4 Begrepsavklaring.....	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Teori fra pensum og faglitteratur	8
2.1.1 Selvbestemmelse og brukermedvirkning	8
2.1.2 Kommunikasjonskunnskap	10
2.1.3 Pasient og pårørende	11
2.2 Sentrale føringer.....	12
2.2.1 Pasient-og brukerrettighetsloven	12
2.2.2 Helsepersonelloven	12
2.2.3 FN erklæring.....	12
2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer.....	13
2.2.5 Etiske prinsipp	13
3.0 Metode	14
3.1 Metodebeskrivelse	14
3.2 Søkeprosess	14
3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	15
3.3 Kildekritikk og kritisk vurdering	15
3.4 Analyse	16
3.5 Etiske vurderinger	16
4.0 Resultat og funn.....	16
4.1 «An integrative review of dignity in end-of-life care»	16

4.2 «Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»» ..	17
4.3 «Autonomy at the end of life: life- prolonging treatment in nursing homes- relatives` role in the decision-making process».....	17
4.4 «Communicating with nursing home residents about end of life»	18
4.5 «Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life»	19
5.0 Drøfting	19
5.1 Lovverk avgjør vår skjebne, men sykepleier og pårørende kan krysse grenser.....	19
5.2 Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier ved livets slutt.....	23
5.3 Pårørendes viktighet for den døende.....	26
6.0 Konklusjon.....	28
Litteraturliste.....	30
Vedlegg 1 Litteraturmatrise	34
Vedlegg 2 Søketablell	37
Vedlegg 3 PIO skjema.....	38

1. Innledning

Det dør i gjennomsnitt 45 mennesker daglig på norske sykehjem. Ifølge statistisk sentralbyrå er de fleste nordmenn som dør over 60 år og bor enten på sykehjem eller mottar helsehjelp (Statistisk sentralbyrå, 2020). Norge er midt i en eldrebølge som trolig vil vare til 2050 (Romøren, 2014, s. 29).

Døden er et tabubelagt tema som kan oppleves som vanskelig og truende (NOU 1999: 2, s. 42). Mennesker vegrer seg for å snakke om døden, og kan synes det er vanskelig å møte et døende menneske. Dette kan føre til at den døende blir isolert og alene. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at ingen mennesker skal dø alene og at ensomhet kan lindres ved sykepleiers tilstedeværelse. Det beste for den døende er å ha kjente personer rundt seg når døden inntreffer (NOU 1999: 2, s.42). Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon slik:

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, s. 13)

I samhandlingsreformen «Rett behandling-på rett sted-til rett tid» viser regjeringen til menneskets rett til medbestemmelse og medvirkning. De legger også vekt på at tjenesteytelsen skal ta utgangspunkt i respekten til enkeltindividet og menneskets behov skal settes i sentrum (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 51).

Kompetansen innenfor palliasjon har blitt styrket de siste 15 årene for å imøtekomme befolkningens behov, samt styrke kvaliteten i utøvelsen av pleie for pasienter som har behov for palliative tjenester (NOU 2017: 16, s. 14). Autonomi i pasientbehandling er idealet i helsevesenet, men det er ikke alle pasienter som ønsker eller er i stand til å medvirke i behandling. Målet er at pasienten selv skal velge å være med i beslutninger som tas eller å overlate beslutningene til sykepleieren og/ eller pårørende (Helsedirektoratet, 2015, s. 30).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Årsaken til mitt valg av temaet «selvbestemmelse ved livets slutt», er erfaringer jeg har gjort meg i praksis som sykepleierstudent. Jeg har opplevd at sykepleiere og pårørende «overkjørte» pasientens ønsker. Pasienten ga uttrykk for at hun ikke var redd for å dø, og at hun var klar for å møte døden. Sykepleier og pårørende valgte å ikke lytte til pasientens ønske, og uttrykte at pasienten var forvirret og ikke visste sitt beste. Pasienten var klar og orientert og hadde ingen kognitiv svikt. Denne opplevelsen har gjort at jeg ønsker å undersøke hvordan selvbestemmelse ivaretas for pasienter i livets slutfase, og se på betydningen av kommunikasjon og lytting. Som snart nyutdannet sykepleier ønsker jeg å bruke kunnskapen jeg har tilegnet meg til å gjøre en forskjell i møte med døende pasienter.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan sikre selvbestemmelse for eldre pasienter ved livets slutt?»

1.3 Avgrensing av problemstilling

Jeg avgrenser oppgaven til å omhandle sykehjemsbeboere over 80 år, uansett kjønn, som er i slutfasen av livet. Pasientgruppen har ingen demensdiagnose og er klare og orienterte. Videre avgrenser jeg til pårørende som bor i nærheten av pasienten og er en del av pasientens støttesystem. Jeg velger å ha søkelys på pårørende som er myndige, da barn som pårørende er et stort tema og oppgaven ikke har rom for det. Jeg avgrenser ikke til en bestemt diagnose, men vil se på helheten av eldre pasienter på sykehjem som nærmer seg døden.

1.4 Begrepsavklaring

Selvbestemmelse: Retten til å få ytret og respektert sine meninger. Det innebærer også retten til å bli sett, hørt, lyttet til og forstått (Eide & Eide, 2018, s. 57). Jeg velger å benytte både autonomi og selvbestemmelse i oppgaven fordi forskningsartiklene bruker begge begrepene.

Brukermedvirkning: Pasienten har rett til å medvirke i sin behandling i helsetjenesten (Eide & Eide, 2018, s. 7). Pasient- og brukerrettighetsloven sier tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasient så langt som mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant teori for å besvare problemstillingen. Jeg setter søkelys på emnene; teori fra pensum, faglitteratur og sentrale føringer.

2.1 Teori fra pensum og faglitteratur

Teoretikeren Joyce Travelbee (2011) har beskrevet sykepleie som en mellommenneskelig prosess som setter søkelys på indirekte eller direkte menneskekontakt. Sykepleieren skal bevisstgjøre og mestre erfaringer ved lidelser eller sykdom (Travelbee, 2011, s. 29).

Mennesker er «like» individ, men samtidig svært ulike. Ingen mennesker kan eksponeres for lidelse, sykdom eller død flere ganger uten at det forandrer en (Travelbee, 2011, s. 5-6).

For å ivareta en pasient ved livets slutt krever det at sykepleier har god kunnskap og erfaring. Mot slutten av livet stiller gjerne pasienter spørsmålet «*hvorfor skjer dette med meg?*» (Travelbee, 2011, s. 38). Sykepleier skal møte pasientens behov og besvare eventuelle spørsmål på best mulig måte. Dersom sykepleier ikke hjelper pasienten med dette, kan pasienten føle seg avvist og unnlater å stille nye spørsmål. Dette gjør at pasienten i større grad blir sittende alene med sine tanker, og vegrer seg for å søke hjelp fra sykepleiere (Travelbee, 2011, s. 38).

2.1.1 *Selvbestemmelse og brukermedvirkning*

I møte med en palliativ pasient skal sykepleier oppføre seg profesjonelt, vise empati, medlidenhet og ivareta menneskets verdighet og grunnleggende behov (Helsedirektoratet, 2015, s. 30). Tilhørighet, relasjon, individualitet og kontroll er viktig for pasienter i livets slutfase. Sykepleier skal passe på at pasienten blir sett, inkludert, hørt og forstått, både som menneske og i samtale (Helsedirektoratet, 2015, s. 31). Menneskets behov for informasjon

kan bli underestimert, og forståelsen av den gitte informasjonen overestimert. Sykepleier foretrekker gjerne at pasienten tar initiativ til samtale, mens pasienten ofte ønsker at sykepleieren skal starte samtalen (Helsedirektoratet, 2015, s. 31).

Selvbestemmelsesteorien viser til tre grunnleggende faktorer som påvirker menneskets indre motivasjon. Disse er behov for selvbestemmelse, tilknytning og følelse av mestring (Eide & Eide, 2018, s. 19). God kommunikasjon fra sykepleier er viktig i jobben med å ivareta pasientens indre motivasjon og evnen til å stå opp for seg selv (Eide & Eide, 2018, s. 19).

Begrepet selvbestemmelse handler ikke bare om pasientens medbestemmelse, men også om retten til at deres autonomi skal bli respektert (Eide & Eide, 2018, s. 56). Det handler om at personer skal bli sett, lyttet til og forstått. Dersom sykepleier er bevisst på dette i sitt arbeid, vil en få informasjon om pasientens behov og ønsker. Dette kan sikre at pasienten selvbestemmelse blir ivaretatt (Eide & Eide, 2018, s. 57).

Graden av autonomi vil variere gjennom livet, og kan påvirkes av menneskets alder og sykdom (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 34). I noen faser av livet vil en i større grad være sårbar, og autonomien kan være begrenset. Et eksempel på dette kan være eldre med kognitiv svikt. Som sykepleier skal en ha søkelys på pasientens sårbarhet, integritet og mulighet for selvbestemmelse (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 34). Brukermedvirkning er et lovpålagt prinsipp som sykepleier skal bruke i samhandling med pasienter og pårørende. Gjennom samtale får en vite hva de ønsker å oppnå, og dette danner grunnlaget for hvordan en sykepleier arbeider rundt pasienten (Gammersvik, 2018, s. 121). Samhandlingsreformen sier at når en pasient medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er de bedre rustet til å mobilisere egne ressurser (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 51). Alle ansatte i helsetjenesten plikter å involvere pasienten i sine handlinger. Dette innebærer at en må se utover sine egne faglige rammer og se hele pasientens situasjon (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 51).

Omsorg ved livet slutt har som mål å gi omsorg og pleie til pasienter og deres pårørende. Hovedmålet i denne fasen er å symptomlindre samt å optimalisere livskvaliteten til pasienten (Gro, 2014, s. 523). Palliasjon er en tilnæringsmåte der en skal møte alle med livstruene sykdommer likt, uansett diagnose og prognose (Helsedirektorater, 2015, s. 13-15). I rapporten

«Skape liv til dagene» viser Helsedirektoratet (2015, s. 13-15) at den døende har rett på blant annet lindring av smerte og andre plager, samtale, tilstedeværelse og informasjon om tilstand. En sentral del av lindrende behandling er å gi omsorg til den døende pasienten. Lindrende behandling forlenger ikke dødsprosessen eller fremskynder den, men setter omsorg for pasient i sentrum. Grunnen til at Helsedirektoratet belyser dette, er at mange mener at lindrende behandling forkorter livet, men dette stemmer ikke (Helsedirektoratet, 2015, s. 13-15).

2.1.2 Kommunikasjonskunnskap

Alle mennesker har en medfødt evne til å kommunisere i en eller annen form. Å kommunisere profesjonelt vil si at en er faglig fundert og personsentrert (Eide & Eide, 2018, s.16). Personsentrert kommunikasjon er å se pasienten som et helt menneske med ressurser, muligheter, egne verdier og prioriteringer. En skal se menneskets individuelle ønsker og mål for egen helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2018, s.16).

Kommunikasjon er grunnlaget for god relasjon mellom sykepleier og pasient (Kalfoss, 2016, s. 460). En kommuniserer ikke bare for å innhente informasjon eller få svar på spørsmål fra pasienten. Kalfoss skriver at kommunikasjon innebære evnen til å lytte og la pasienten få utløp for sine følelser. Når en lytter får pasienten mulighet til å sette ord på følelsene sine og fortelle om verdier og behov. Som sykepleier må en kunne lese mellom linjene i samtale, da pasienter kan synes det er flaut å fortelle om frykt, sinne eller skyldfølelse (Kalfoss, 2016, s. 460).

Sykepleiers største oppgave ved livets slutt er å være til stede i øyeblikkene, slik at en kan oppdage forandringer eller ønsker som oppstår i livets slutfase (Eide & Eide, 2018, s. 310). Pasienten er sårbar og den psykiske helsen nedsatt. Som sykepleier skal en være åpen, vise respekt og lytte for å forstå hvordan pasienten har det samt å oppdage ubehag eller redsel (Eide & Eide, 2018, s. 311).

Ved livets slutt er det viktig med et responderende språk. Det vil si at en viser at en ser og forstår, gjerne ved bruk av reaksjoner som smil, en rynke eller en vennlig stemme (Eide & Eide, 2018, s. 135). Sykepleier skal være forsiktig med å respondere avvisende eller

uengasjert, og heller fokusere på å være bekræftende. Når en har en samtale med pasienter ved livets slutt, er blikkontakt viktig (Eide & Eide, 2018, s. 145). Gjennom blikkontakt uttrykkes følelser, oppmerksomhet og holdninger som kan berolige pasienten. Kroppsspråket kan skape trygghet og kontakt mellom personene (Eide & Eide, 2018, s. 147). Å ta pasienten i hånden eller på skulderen vil vise at en forstår og at man er her. Kroppskontakt skaper trygghet, mestring og bekræftelse hos mange mennesker, men for noen kan det være negativt grunnet personlige grenser (Eide & Eide, 2018, s. 148).

2.1.3 Pasient og pårørende

Pårørende er viktige for pasienten og gode samarbeidspartnere for sykepleierne. Som pårørende kjenner de pasientens sykdomsutvikling, uttrykk og endringer i forløp. Og viktigst av alt kjenner de pasienten (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 494). Det er ikke alltid slik at den døende har pårørende rundt seg ved livets slutt, men palliasjon er fortsatt viktig (Sønning, 2021, s. 8).

Pårørende trenger støtte og omsorg når en nærstående nærmer seg livets slutt, fordi sykdommen har stor innvirkning på livene deres (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 494). Pårørende kan oppleve både optimisme og pessimisme i en slik situasjon. De kan se muligheter, eller ikke finne mening i den vanskelige situasjonen (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 494). Det er ikke alltid lett å tilpasse seg og mestre rollen som pårørende. Mennesker kan reagere ulikt, da situasjonene de møter kan være komplekse og sammensatte. Pårørende sitt behov for samtale, støtte og informasjon vil derfor variere (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 107). Livstruende faser i livet rammer ikke bare mennesket, men også de rundt (NOU 2017: 16, s. 15). Det kan forsterke båndene mellom dem, men samtidig være svært belastende. Pårørende kjenner pasienten best, og kan bistå med å tydeliggjøre den døendes ønsker, verdier og behov (NOU 2017: 16, s. 15).

2.2 Sentrale føringer

2.2.1 Pasient-og brukerrettighetsloven

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 står det at pasienten har rett til å medvirke til hvordan helse- og omsorgstjenester skal gjennomføres og medvirke i valg av forsvarlige og tilgjengelige tjenesteformer, undersøkelses- og behandlingsmetoder. Det vil si at tjenestetilbudet skal utarbeides i samarbeid med pasient så langt det er mulig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at en har rett på å få informasjon rundt sin helsetilstand. Informasjon skal gis på pasientens nivå, og en skal informere om risiko, bivirkning og videre forløp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienten samtykke til at nærmeste pårørende skal få informasjon som gjelder helsetilstanden og helsehjelpen som skal ytes. Men dersom pasienten ikke er samtykkekompetent kan en fravike dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

2.2.2 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven §4 (1999) sier at helsepersonell skal utføre oppgavene sine i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Loven vektlegger også at hvis pasientens tilstand og behov tilsier det, skal en samarbeide med annet kvalifisert helsepersonell. De skal innrette seg etter faglige kvalifikasjoner og innhente bistand hvis det er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4).

2.2.3 FN erklæring

FNs erklæring om den døendes rettigheter omhandler mange av de viktige verdiene ved livet slutt. Å forlate livet kan for de fleste være smertefullt og vanskelig (NOU 1999: 2, s. 34). Et døende menneske har rett til kvalitet i behandlingen og et brudd på dette kan krenke verdigheten eller forsterke lidelsen til den døende (NOU 1999: 2, s. 42). Ved livets slutt er det mye som kan gjøres for å redusere smerte, redsel og frykt. Målet er ikke lenger å helbrede

pasienten, men å lindre lidelse og jobbe mot en verdig og god slutt på livet. Et kompetent og motivert personell kan oppleves både trygt og verdifullt for pasienten (NOU 1999: 2, s. 41).

2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer (2019) 2.5 sier at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å gjøre selvstendige valg. Videre viser retningslinjene til at sykepleier skal gi informasjon tilpasset mennesket og forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen. Punkt 2.4 viser til at sykepleieren skal være bevisst på sin rolle og respektere pasientens selvstendighet, og at en ikke utnytter pasienten sin sårbarhet i situasjonen. Ifølge punkt 3.1 skal sykepleier sikre tilstrekkelig med informasjon til pårørende. Hvis det er en interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal pasienten prioriteres, punkt 3.4.

2.2.5 Etske prinsipp

De to prinsippene som har innvirkning på utøvelsen av omsorg ved livets slutt, er «ikke skade» prinsippet og «autonomiprinsippet». Ikke skade-prinsippet spesifiserer at sykepleier skal minimere pasientens ubehag og smerte samt ivareta omsorg og lindring (Nortvedt, 2016, s. 97). Autonomiprinsippet sier at hvert enkelt menneske er et selvbestemmende vesen og at en kompetent person kan ta egne valg. Det belyser også at pasienten skal få bestemme over egen pleie og behandling, og har rett til å nekte helsehjelp. Sykepleier skal respektere pasientens beslutning (Nortvedt, 2016, s. 98).

Sykepleier skal følge yrkesetiske retningslinjer og lover i utarbeidelse av helse til medmennesker. De to etiske prinsippene er et bindeledd mellom allmenmoral og etiske teorier (Nortvedt, 2016, s. 99). Prinsippene er brukt som en veiviser eller påminnelse i det etiske arbeidet som en sykepleier utøver (Nortvedt, 2016, s. 100).

3.0 Metode

Dette kapittelet vil presentere metodebeskrivelse, søkeprosess og kritisk vurdering i tillegg til analyse, kildekritikk samt etiske vurderinger.

3.1 Metodebeskrivelse

Metoden i oppgaven vil være en litteraturstudie, etter utdanningsplanen for bachelor i sykepleie ved høgskolen på Vestlandet (Høgskolen på Vestlandet, 2022/2023). En litteraturstudie er å sette seg inn i metoden i forskningsartiklene jeg har inkludert i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 75). I en litteraturstudie bruker en data som er innhentet av andre, det vil si sekundærkilder. Det kan for eksempel være bøker, databaser og tidsskrifter (Thidemann, 2019, s. 75). Et litteratursøk kan gjennomføres på sykepleiefaglige tidsskrifter og nettsteder (Thidemann, 2019, s. 80). Systematisk litteratursøk er grundig planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 82). En kvalitativ metode setter søkelys på å innhente meninger og opplevelser, og resultatene kan ikke måles eller tallfestes. Mens en kvantitativ metode gir data med målbare enheter. Denne informasjonen gjør at en kan gjennomføre regnestykker som for eksempel gjennomsnitt (Dalland, 2019, s. 52).

3.2 Søkeprosess

Jeg har utført systematiske søk for lettere å ha oversikten over forskningsartiklene som finnes. I utgangspunktet ønsket jeg forskning sett fra både pasient, sykepleier og pårørende sitt perspektiv, men det var begrenset med funn. De valgte artiklene ser på problemstillingen fra et sykepleieperspektiv, men belyser også pårørendes og pasientens opplevelser. Jeg har utført søk i Cinhal og PubMed, og har også søkt på nettsiden til Sykepleien etter forskning og relevante artikler. Jeg har gjennom søkeprosessen sett på hvilke artikler som er relevante samt artikler som belyser forskjellige sider av selvbestemmelse ved livets slutt. For å finne den nyeste forskningen, avgrenset jeg søket til de siste 10 årene, altså fra 2013- 2023. Jeg har likevel valgt å ta med en forskningsartikkel fra 2009 fordi det er en norsk artikkel som belyser viktige punkter. Den kan derfor bidra godt i min oppgave.

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Jeg har benyttet inklusjon- og eksklusjonskriterier for å tydeliggjøre samt avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2015, s. 82).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Publisert de siste 10 årene- Engelsk eller skandinavisk språk- Fagfellevurdert- Sykehjemsavdelinger- Sykepleier, pasient eller pårørende perspektiv- Selvbestemmelse- Livets slutt	<ul style="list-style-type: none">- Publisert for mer enn 10 år siden- Ikke fagfellevurdert- Ikke skandinavisk eller engelsk språk- Fra vestlige land, slik en kan sammenligne- Institusjoner utenfor sykehjem

3.3 Kildekritikk og kritisk vurdering

Kunnskapsbasert praksis har gode veiledere for hvordan søke etter relevant forskning. Jeg benyttet Helsebibliotekets (2021) sjekklister for å se om forskningsartiklene var riktige for min oppgave. Jeg så på artiklenes sammendrag, og så på brukbarhet, resultater, metode og om kilden er troverdig (Helsebiblioteket, 2018). Gjennom god spørsmålsformulering vil en lettere finne relevante forskningsartikler til å besvare problemstillingen (Helsebiblioteket, 2021). Litteratur og forskning oppdateres stadig, og det er derfor viktig å være kritisk ved innhenting (Dalland, 2019, s. 158). Forskningsartiklene jeg har benyttet er fagfellevurderte og er relevante for min oppgave.

3.4 Analyse

Analyse skal bidra til å finne hva artikkelen handler om, og en god analyse kan åpne for fortolkning av innholdet (Dalland, 2019, s. 88). Gjennom analyseprosessen har jeg stilt meg følgende spørsmål; hva er motivet i teksten, hvilke forskningsspørsmål blir belyst og hva er problemstillingen. Når jeg så etter forskning, hadde jeg problemstilling og begrep foran meg slik at jeg kunne se hva jeg lette etter (Thidemann, 2019, s. 92).

3.5 Etiske vurderinger

Etikk omhandler normene for riktig og god livsførsel, og skal veilede og gi grunnlag for vurdering før en handler (Dalland, 2019, s. 236). Etisk omtanke handler ikke bare om å følge regler, men å tenke over de etiske utfordringene vi opplever i arbeid (Dalland, 2019, s. 235). Forskningsetikk handler om å ivareta personvern og forsikre at personer som deltar i forskning ikke blir påført unødvendig belastning (Dalland, 2019, s. 236). Det er derfor hensiktsmessig at jeg i min oppgave viser til riktige kilder, og at leser ser hvor jeg har hentet litteratur.

4.0 Resultat og funn

Her presentere jeg de fem forskningsartiklene som er med på å belyse og besvare problemstillingen min.

4.1 «An integrative review of dignity in end-of-life care»

Hensikt: Å vise betydningen av å ha en verdig død og identifisere de vanlige aspektene ved en verdig omsorg. Det å dø med verdighet er et mål i omsorgen ved livets slutt.

Metode: Det er en integrerende oversiktsartikkel. Både kvantitative og kvalitative teoretiske rapporter ble benyttet med søkelys på verdighet i omsorgen ved livets slutt.

Resultat/funn: Det trengs menneskerettigheter, uavhengighet og autonomi for å dø med verdighet. Sykdomsrelaterte behandlinger eller omsorgsrelaterte faktorer og kommunikasjon påvirker verdigheten.

Konklusjon: Den viser til betydningen av å ha verdighet i omsorgen når en er døende. Forskning er nødvendig for å dø med verdighet uansett kultur og for å se verdighetsomsorg individuelt (Guo & Jacelon, 2014).

4.2 «Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»»

Hensikt: Å beskrive sykepleierens erfaringer med den døende pasient som bor på sykehjem. Spørsmålene setter søkelys på hva som er nødvendig for å oppnå en best mulig behandling, omsorg og pleie ved livets slutt.

Metode: Det ble benyttet en kvalitativ innholdsanalyse som tilnærming. Tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med tolv sykepleiere.

Resultat/funn: Målet er at sykepleiere skal utøve faget slik at pasientene får best symptomlindring. Sykepleierne skal også ivareta pårørende sine behov. Funnene viser at sykepleiere oftest er alene da sykehjem har lav bemanning og medarbeidere med manglende kompetanse. Derfor er det forventet at sykepleiere skal være erfarne, gode ledere og gi råd og veiledning til medarbeidere og pårørende.

Konklusjon: Sykepleierne beskrev at omsorgen til den døende krever «mer av alt», samtidig som sykepleierne er «alene om alt». God opplæring av medarbeidere må prioriteres da det er for få sykepleiere (Svendsen et al., 2017).

4.3 «Autonomy at the end of life: life- prolonging treatment in nursing homes- relatives` role in the decision-making process»

Hensikt: Å sette søkelys på pasientens autonomi i beslutningsprosesser og se hvordan pårørende opplever sin rolle som «vikar» beslutningstaker.

Metode: En kvantitativ deskriptiv utforming, der de gjennomførte analyser av transkriberte dybdeintervjuer med slektninger. Det var femten pårørende til tjue pasienter som var fra ti sykehjem i Norge.

Resultat/funn: Hovedfunnene i artikkelen viser at det er mangelfulle prosedyrer for inkludering av slektninger i beslutningsprosesser. Mange pårørende har mangel på kunnskap om livets slutt.

Konklusjon: Studien viser at det er sviktende prosedyrer og et stort forbedringspotensial, både i forhold til juridiske og etiske aspekter som tas opp i vurdering av pasientens autonomi (Dreyer et al., 2009).

4.4 «Communicating with nursing home residents about end of life»

Hensikt: Å fremme personsentrert omsorg ved bruk av samtaler som setter søkelys på pasientens omsorgspreferanser ved livets slutt på institusjoner som sykehjem.

Metode: Det er en sekundæranalyse som brukte data fra en kvalitativ studie som ble utført i Florida på et sykehjem og rehabiliteringssenter. Førtiseks personer ble intervjuet, seksten pasienter, ti familiemedlem og tjue ansatte. For å analysere dataene ble det brukt beskrivende mønsterkoding og matriser for å kategorisere og tolke innholdet på tvers av gruppene.

Resultat/funn: Funnene viser at fem beboere fortalte at de hadde diskutert alternativ ved livets slutt med pårørende. Flertallet av beboerne i studien vurderte helsen sin som god eller rettferdig. De hadde en stabil helse og var ikke ved livets slutt. Det kom frem at beboerne antok at pårørende kjente deres preferanser, og at tidligere erfaringer kan forutsi valg ved livets slutt.

Konklusjon: Studien bekrefter at samtale ved livets slutt ble holdt da pasientens helsetilstand var stabil. Familiebevissthet om pasientens ønsker ga bedre omsorg og minimerte

familietvister. Det er viktig at pasienten er informert om helse- og behandlingsplanen og kan gi forslag for å lette engasjement rundt planlegging ved livets slutt (Sopcheck et al., 2021).

4.5 «Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life»

Hensikt: Å forstå hvordan en sykepleier ivaretar pasientens autonomi ved livets slutt.

Metode: En kvalitativ utforskende studie. Ti sykepleiere, åtte leger og femten sykepleieteknikere på et universitetssykehus i Rio, Brasil ble intervjuet.

Resultat/funn: Autonomien til eldre blir håndtert av sykepleiere etter de yrkesetiske retningslinjene for å beskytte pasientens rettigheter. Bruker sykepleier retningslinjene godt, ivaretas familie og pasientens ønsker med god kommunikasjon.

Konklusjon: Pasientens autonomi refererer til deltakelse i beslutningsprosesser om deres omsorg ved livets slutt. Da sykepleierne var nær pasientene og deres familier, hadde de en viktig rolle i å forsvare pasientenes autonomi. Dette ved å etablere god kommunikasjon og veiledning om omsorg (Gaspar et al., 2019).

5.0 Drøfting

Her vil jeg drøfte teori opp mot forskning for å belyse problemstillingen «Hvordan sikre selvbestemmelse hos eldre pasienter ved livets slutt?».

5.1 Lovverk avgjør vår skjebne, men sykepleier og pårørende kan krysse grenser.

Det er et tabu å snakke om døden (Dreyer et al., 2009). Å møte et døende menneske kan være skremmende. Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør at ingen skal dø alene og at sykepleiers nærvær lindrer ensomhet og gir trygghet for den døende (NOU 1999: 2, s.42). I praksis opplevde jeg at pårørende hadde nok med å sitte litt unna pasienten. Det var svært vanskelig for dem å være med i dødsprosessen selv om pasienten hadde et stort behov for nærhet og en hånd å holde i. Dette samsvarer med Joyce Travelbee beskrivelse av at sykepleie

er en mellommenneskelig prosess med indirekte og direkte menneskekontakt. Hun sier at mennesker er ulike hverandre, men også like. Med dette i tankene skal sykepleier mestre og bevisstgjøre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 2011, s. 29). Gaspar et al. (2019) hevder at det har oppstått en polarisering av oppgaver og lite bemanning. Dette betyr at sykepleiere står med alle oppgavene med den døende pasienten, fordi annet helsepersonell har manglende kompetanse. Jeg som sykepleier får derfor redusert tid til nærvær og trygghet, dersom den døende ikke har pårørende som tar omsorgsrollen.

Omsorg ved livets slutt er en sentral del i lindrende behandling, og har som formål å gi tilstrekkelig omsorg til pasient og pårørende. I tillegg er målet å symptomlindre og optimalisere livskvalitet hos den døende (Grov, 2014, s. 523). Dette samsvarer med Helsedirektoratet (2015, s. 13-15) som sier at pasienter har rett på samtale, informasjon, symptomlindring og tilstedeværelse ved livets slutt. Samtidig viser Helsedirektoratet til at lindring ved livets slutt ikke forlenger eller fremskynder dødsprosessen (Helsedirektoratet, 2015, s. 13-15). Sykepleiere skal følge ikke skade-prinsippet, som sier tydelig hva sykepleier IKKE skal gjøre. Sykepleiers oppgave er å minimere smerte og ubehag hos den døende, samtidig som en skal gi omsorg (Nortvedt, 2016, s. 97). Et relevant punkt er at prinsippet skal være bindingsledd mellom etikk og moral. Derfor brukes det som en påminnelse og veiviser (Nortvedt, 2016, s. 99-100). Videre belyser forskningen til Gaspar et al. (2016, s. 98) at for å ivareta den døendes selvbestemmelse må en fremme mekanismer som overholdes av retten. Både de private og offentlige tjenestene har retningslinjer som skal ivareta pasientens selvbestemmelse (Gaspar et al., 2019). Alle mennesker er selvbestemmende ifølge Autonomiprinsippet. Mennesker har rett til å nekte å motta pleie, hjelp og behandling så lenge en er kompetent til det. Derfor belyser dette prinsippet at valget en pasient tar skal respekteres (Nortvedt, 2016, s. 98). Jeg selv har sett at det foreligger retningslinjer for palliativ pasient på alle mine arbeidsplasser i helsevesenet. Men i praksis har jeg flere ganger opplevd at sykepleier ikke bruker retningslinjene og prinsippene når de har en palliativ pasient. Jeg mener at dette kan skyldes mangel på tid, kunnskap og kjennskap til rutiner.

Mennesker endrer seg gjennom hele livet. Muligheten for selvbestemmelse endrer seg også, og kan påvirkes av for eksempel sykdom og alder. Bøckmann & Kjellebold (2015, s. 34) hevder også at autonomien kan være begrenset i noen faser i livet, og i større grad når en er

sårbar, for eksempel ved kognitiv svikt. Bøckmann & Kjellevold (2015, s. 34) utdyper at sykepleier skal ha søkelys på sårbarhet, integritet og mulighet for selvbestemmelse. Imidlertid hevder Eide & Eide (2018, s. 19) at det er tre faktorer som påvirker den indre motivasjonen; behov for selvbestemmelse, følelse av mestring og tilknytning. Ved at sykepleier ivaretar pasientens indre motivasjon kan det gjøre at pasienten ved livets slutt står opp for seg selv (Eide & Eide, 2018, s. 19). Bøckmann & Kjellevold og Eide & Eide har både likheter og forskjeller i sin teori om hva som bør være fokusområdet til sykepleiere. Det viktigste de har til felles er at sykepleiere skal ta seg av pasienten på en helhetlig måte.

Det er ikke et enkelt svar på hvorfor det er viktig å bli sett og respekt ved livets slutt. FNs erklæring viser til de viktigste verdier og rettigheter til et døende menneske. Følelser som angst, smerter og frykt kan oppstå rundt døden. Derfor er motiverte og kompetente sykepleiere verdifulle og kan gi trygghet (NOU 1999: 2, s. 41). Derimot kan et brudd på rettighetene krenke verdigheten eller forsterke lidelsen. FNs erklæring (1999: 2) belyser at målet ved livets slutt er å lindre lidelse, ikke helbrede. Samt at sykepleier skal jobbe for en verdig slutt på livet. For at pasienten skal få en verdig død understreker Guo og Jacelon (2014) at det er sentralt å respektere den døende helt til livets slutt. Et annet relevant punkt i studien var at pasientene og sykepleierne hadde lik forståelse av hva det vil si «å dø med verdighet» (Guo & Jacelon, 2014). «Livsidealer og menneskesyn som er styrende i vårt samfunn, gir oss en forsikring om og en rett til en verdig livsavslutning.» (Sønning, 2021, s. 2). I likhet med selvbestemmelse er brukermedvirkning et lovpålagt prinsipp som sykepleier skal benytte i samhandling med pasienter (Gammersvik, 2018, s. 121). Imidlertid har jeg erfart i praksis at både selvbestemmelse og brukermedvirkning ikke alltid blir ivaretatt for døende pasienter. Jeg har opplevd at sykepleier og pårørende ikke har ønsket å involvere pasienten eller ikke ville høre på pasientens meninger. I tillegg ble sykepleier og pårørende enige om at pasienten var forvirret og at det var «feil» at pasienten var samtykkekompetent. Dette mener jeg bryter med pasientens rettigheter. I tråd med Helsepersonelloven §4 (1999), skal en sykepleier utføre oppgavene sine med faglig forsvarlighet og omsorg. Dessuten skal sykepleieren innrette seg etter faglige kvalifikasjoner og om nødvendig innhente bistand. Ifølge Helsepersonelloven skal en ved behov eller hvis pasientens helsetilstand tilsier det, samarbeide med kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999, §4). Det er også viktig å belyse at helsepersonell som jobber med syke og gamle pasienter ikke naturlig vurderer

samtykkekompetansen (Dreyer et al., 2009). Likevel har sykepleiere en plikt til å involvere pasientene i alle sine handlinger. Dette vil si at sykepleieren må se ut over egne faglige rammer og se pasientens situasjon (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 51). Det kommer frem i samhandlingsreformen at pasienter som medvirker i oppfølging og planlegging av helsehjelp, er bedre rustet til å bruke egne ressurser. Jeg mener at både lover og forskning viser at mennesker har rett på en verdig død. Lidelsen til pasienten forsterkes dersom sykepleier ikke ser og respekterer ønsker, behov og rett til selvbestemmelse, og jeg mener at pasienten da ikke alltid får en verdig død.

Det er en rettighet å få bestemme over sin egen død. Dreyer et al. (2009) beskriver at pasientene i studien var helt eller delvis samtykkekompetente. Likevel var samtykke fra pasienten ikke eksisterende når sykepleiere og lege involverte pårørende. I studien til Dreyer et al. (2009) viser funn at få pårørende hadde reflektert over pasientens kompetanse til samtykke og selvbestemmelse. Videre kommer det også frem at få pårørende så på muligheten for å involvere de kompetente pasientene. Et eksempel fra studien er at selv om pasientene ikke var kompetente til å gi samtykke, gav noen pasienter sterke uttrykk gjennom verbal kommunikasjon, mens andre kommuniserte non-verbalt. Videre kom det frem at pårørende i noen situasjoner tvilte på sannheten av tegnene pasientene viste (Dreyer et al., 2009). Yrkesetiske retningslinjer (2019) sier at en sykepleier skal tenke igjennom sin rolle og at pasientens sårbarhet og selvstendighet respekteres. I praksis opplevde jeg at selv om min pasient hadde et klart ønske om å få dø, gav pårørende mat og drikke. Pasienten gav uttrykk for at det ikke var ønskelig, med svar fra pårørende at «dette er bra for deg». I denne situasjonen mener jeg at pasienten mistet både selvbestemmelse, respekt og verdighet, kanskje uten at de pårørende hadde tenkt gjennom hva deres handlingsmønster resulterte i.

Troen på at selvbestemmelsen er ivaretatt kan gi følelse av å bli hørt. Selvbestemmelse handler ikke bare om å bli sett og hørt, men også bli respektert (Eide & Eide, 2018, s. 56). I møte med en palliativ pasient skal sykepleier opptre profesjonelt, vise medlidenhet og empati. Samtidig som en skal ivareta pasientens grunnleggende behov og verdighet (Helsedirektoratet, 2015, s. 30). Helsedirektoratet (2015, s. 30) viser også at tilhørighet, individualitet, relasjon og kontroll er sentralt i livets siste dager. Sykepleieren må derfor la pasienten bli inkludert, sett og forstått i samtale og som menneske. Likevel kan sykepleiere

over- eller underestimere pasientens behov for informasjon og forståelse av informasjon (Svendsen et al., 2017). Det er viktig at sykepleier forsøker å avdekke pasientens behov gjennom kommunikasjon for å finne ønsker og verdier. Imidlertid viser helsedirektoratet (2015, s.31) til at pasienter og sykepleiere kan ha forskjellig ønske når det kommer til start av samtale. Ofte ønsker sykepleieren at pasientens skal ta initiativ til samtale, mens pasienten ønsker det motsatte.

5.2 kommunikasjon mellom pasient og sykepleier ved livets slutt

God kommunikasjon skaper trygghet for pasienten, og er særlig viktig ved livets slutt. Det er en viktig oppgave for sykepleieren å kommunisere for å avdekke verdier, ressurser og muligheter, i tillegg til behovet for hjelp (Eide & Eide, 2018, s. 16). God kommunikasjon virker positivt, og innebærer at pasientens individuelle ønsker og mål rundt egen helse og livssituasjon ivaretas (Eide & Eide, 2018, s. 169).

Kommunikasjon kan være en kilde til frustrasjon og konflikt om pasientens tanker ikke besvares. Derfor trenger sykepleier god kunnskap og erfaring for å kunne hjelpe pasienten med å finne mer klarhet eller forståelse rundt spørsmålet sitt (Travelbee, 2011, s. 38). Travelbee belyser at dersom pasienten ikke får hjelp med å besvare sine spørsmål kan pasienten føle seg avvist. Dette kan føre til at pasienten lukker seg og ikke vil stille nye spørsmål til sykepleieren. Travelbee viser også at om pasienten blir sittende forlatt med egne tanker, kan de gruer seg til å be om hjelp (Travelbee, 2022, s. 38). Dårlig kommunikasjon kan også resultere i redusert verdighet. Gou & Jacelon (2014) belyser denne synsvinkelen. Det er sykepleiers oppgave å styrke relasjoner og tilegne seg kunnskap om pasientens ønsker og verdier ved bruk av kommunikasjonsressurser. Min erfaring samsvarer i stor grad med Guo & Jacelon (2014), og har vist meg at å formidle informasjon og være ærlig i kommunikasjonsprosessen, kan gi pasienten følelse av kontroll, respekt og verdighet.

Å møte pasientens verdier i samtale, gir ro og trygghet når døden nærmer seg. Funnene fra Dreyer et al. (2009) viser at tidlig inkomstsamtale fremmer god relasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier. De viktigste faktorene i første samtale var å ta opp ønsker og forventinger til livets slutt. I tillegg fokuserte samtalene på preferanser og

Samtykkekompetanse samtidig som ønsket om livsforlengende behandling ble undersøkt. Jeg har selv erfart i praksis hvor viktig det er å ha kjennskap til pasientens ønsker og verdier. I første møte med pasienten gjorde sykepleieren en innsats for å lære pasienten å kjenne, fordi det er ønskelig å kjenne pasientens verdier og behov før beslutningsevnen forsvinner. Denne opplevelsen var positiv, men jeg erfarte imidlertid også det motsatte. På grunn av at sykepleier ikke hadde nok kunnskap om pasientens ønsker og behov og heller ikke hadde god nok relasjon til den døende, overså sykepleier medbestemmelsesretten selv om pasienten var samtykkekompetent. Pasientens ønske var en smertefri død, men sykepleier gav ikke smertelindring etter pasientens behov. Dette kan også betraktes fra Sopcheck et al. (2021) sitt synspunkt; at samtaler kan være begrenset og ofte finner sted når pasienten er aktivt i livets slutfase og derfor er for svekket til å ta del i beslutninger. Samtidig mener jeg at om man snakker for tidlig om hva pasienten ønsker når døden nærmer seg, kan pasienten bli engstelig og skremt. Studien til Sopcheck et al. (2021) viser at av 1,2 millioner eldre som bor på sykehjem, har bare ca. 33% kapasitet til å uttale seg om ønskelig omsorg ved livets slutt. Videre kommer det frem i studien at samtaler er nødvendig for å fremme god omsorg i samsvar med pasientens ønsker. Imidlertid ser vi at det er lite søkelys på pasientenes syn på samtale ved livets slutt. Jeg mener det er viktig at sykepleier vurderer når det er riktig å ta opp temaet slik at pasienten føler trygghet.

Kommunikasjon kan gi en følelse av å bli sett. Gaspar et al. (2019) sier at kommunikasjon som baseres på medfølelse og sensitivitet, er det viktigste arbeidsverktøyet. Samtidig skal informasjonen som blir overført til pasienten, være basert på respekt, forståelse og sannhet. Jeg har erfart at pasienter ved livets slutt kan oppleve tap av kontroll og selvbestemmelse, noe som kan føre til frustrasjon eller sinne. For sykepleieren kan det være en utfordring å finne balansen mellom å respektere pasientens autonomi og samtidig sørge for at pasientens behov blir ivaretatt. En viktig rolle for sykepleieren ved livets slutt, er å være tilgjengelig for pasienten og gi trygghet. Imidlertid ser jeg at det ikke alltid skjer. Det kan være på grunn av manglende kompetanse eller tidsnød. Yrkesetiske retningslinjer (2019) viser at som sykepleier skal en veilede pasienten til å ta selvstendige valg. Først og fremst skal dette gjøres ved å gi tilstrekkelig med informasjon og sikre at informasjonen blir forstått.

I praksis har jeg på den ene siden opplevd sykepleier som haster gjennom samtaler og derved skaper utrygghet. På den andre siden har jeg møtt sykepleiere som tok seg god tid til samtale. De informerte og snakket med pasienten på deres nivå og på grunnlag av situasjonen de stod ovenfor. Jeg støtter meg til Eide & Eide (2018, s. 311) som viser at sykepleiere skal være åpne, lyttende og respektere pasienten ønsker. Likevel er livets siste fase en emosjonell og sårbar tid, og sorg og sinne, frykt og fornektelse er vanlig. Gjennom å være medmenneskelig og vise forståelse kan en benytte responderende språk (Eide & Eide, 2018, s. 136). Men sykepleier kan også respondere avvisende i møte med pasienten dersom tid og kompetanse ikke strekker til. Gou & Jacelon (2014) viser til at manglende ressurser, dårlig struktur og mangel på tid kan gjøre at den døendes verdighet og autonomi reduseres eller forsvinner. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) viser at sykepleieren skal gi informasjon på pasientens nivå, og skal informere om risiko og videre forløp. Sykepleieren skal lytte og skape rom for å sette ord på følelser og utdype ønsker og behov. Gjennom tilpasset og riktig kommunikasjonsform i møte med pasienten kan sykepleier se frykt, sinne eller redsel (Kalfoss, 2016, s. 460). Personsentrert kommunikasjon, som for eksempel blikkontakt, uttrykker oppmerksomhet og bekreftelse og berolige pasienten. Eide & Eide (2018, s. 148) hevder også at kroppsspråk kan gi trygghet og god relasjon mellom sykepleier og pasient. Et annet relevant punkt er at kroppskontakt kan være både en positiv og negativ opplevelse, og vil være situasjonsavhengig og variere fra menneske til menneske (Eide & Eide, 2018, s. 148). Opplever pasienten kroppskontakt som negativt, kan dette gå utover verdigheten. Jeg har opplevd kroppskontakt som positivt der pasienten hadde behov for nærkontakt og omsorg. Men i utdannelsen min har jeg også lært at det ikke er alle som ønsker å ha en hånd å holde i, noe som må respekteres av sykepleier.

Teori og forskning trekker i stor grad de samme linjer i forhold til kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Min erfaring er at kommunikasjon i helsevesenet lider under dårlig bemanning og mangel på kompetanse. Det kan resultere i at kommunikasjonen med pasient og pårørende ikke blir like omfattende, rolig og ivaretagende som den burde være.

5.3 Pårørendes viktighet for den døende

«Det er ikke slik for alle at de har noen av sine kjære rundt seg når døden inntreffer» (Sønning, 2021, s. 8). Pårørende er viktige støttespillere både for den døende og for sykepleiere. De kan tilby følelsesmessig støtte, praktisk hjelp og opprettholde et meningsfullt samspill ved livets slutt. Og ikke minst kan de gi økt livskvalitet for den døende ved å vise kjærlighet og omtanke. Som oftest er det pårørende som kjenner pasienten best, og ofte kjenner de også pasientens sykdomsutvikling, endringer i forløp og deres ønsker (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 494). Et annet synspunkt som Dreyer et al. (2009) belyser, er at en konflikt mellom pårørende, pasient og sykepleier kan føre til feilbehandling ved at pasientens behandlingsvalg overkjøres, selv om pasienten er kompetent til å ta valg. Sykepleier har også et ansvar for å ivareta pårørende i denne vanskelige situasjonen. Sykdom og død hos nærstående har stor innvirkning på pårørendes liv (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 494). Travelbee (2011) belyser at om et menneske eksponeres for død, lidelse og sykdom flere ganger kan man bli forandret (Travelbee, 2011, s. 5-6). Pårørende kan oppleve optimisme og se muligheter i den vanskelige situasjonen, eller pessimisme som gjør det vanskelig å handle i pasientens favør (Herlofson & Kirkevold, 2014, s. 494). Jeg tenker at ved å støtte pårørende som omsorgspersoner vil det bidra til å opprettholde fysiske og mentale helse, i tillegg til å ivareta ressursene de trenger for å være til stede på en god og respektfull måte.

Jeg har selv sett hvor hardt pårørende kjemper for sine nærmeste og hvor lett det er for dem å overstyre pasientens ønsker. Fra min praksis har jeg et eksempel som viser at pårørende ofte krysser grensen mellom egne verdier og pasientens ønsker. På avdelingen bodde det en pasient som var klar, orientert og hadde klare ønsker om å dø. Likevel så pårørende dette som en mulighet for å si at pasienten ikke var samtykkekompetent og begynte å gjøre det motsatte av pasientens ønsker. Av egen erfaring vet jeg at konflikter mellom den døende, pårørende og sykepleier kan oppstå av ulike årsaker, og i slike tilfeller er det viktig med empati, respekt og åpen kommunikasjon. Funn fra Dreyer et al. (2009) viste at pårørende ønsket livsforlengende behandling da de var redde for hvordan tapet ville oppleves. I tillegg kommer det frem i studien at pårørende ikke ønsker å sitte igjen med dårlig samvittighet for å gjøre for lite. Dreyer et al. (2009) viser til at en viktig del av sykepleierens oppgaver er informasjon og støtte for pasient, men også for pårørende, for å skape trygghet og fortrolighet rundt døden.

Først og fremst skal sykepleier advokere for pasienten og dennes ønsker og verdier, ikke hva pårørende ønsker og har behov for. Det er viktig å ikke stenge pårørende ute, men å lytte og forklare at det er pasienten som er i sentrum og at pårørende gjerne må være med i samtale og være der for pasienten. Livets slutt kan forsterke bånd mellom den døende og pårørende, men kan også være en belastning (NOU 2017: 16, s. 15).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-3) sier at pasienten skal samtykke til at pårørende får informasjon som gjelder pasientens helsetilstand og helsehjelp. Men i noen tilfeller trenger en ikke pasientens samtykke. Ifølge Dreyer et al. (2009) sin studie kommer det frem at ingen pårørende ble spurt om de kjente til pasientens ønsker og verdier ved livets slutt. Imidlertid kan det være at pasienten har ytret et ønske om at pårørende ikke skal være involverte. På den andre siden kan det være at pårørende ikke forstod at slutten nærmet seg (Dreyer et al., 2009). Yrkesetiske retningslinjer (2019) viser at en sykepleier skal sikre tilstrekkelig med informasjon til pårørende. Hvis det derimot er en interessekonflikt mellom pårørende og pasient skal pasienten prioriteres.

Ifølge Dreyer et al. (2009) mangler pårørende kompetanse om livets slutt og palliasjon. Å være pårørende ved livets slutt kan være vanskelig. Dessuten reagerer vi forskjellige i situasjoner vi møter. Behovene for samtaler, informasjon og støtte varierer mye (Bøckmann & Kjellebold, 2015, s. 107). Svendsen et al. (2017) viser at sykepleiere ofte er alene på sykehjem, da det er lav bemanning og mangel på kompetanse hos medarbeidere. Dette medfører at pasient og pårørende får for lite tid av sykepleier til å dekke sine behov. Min egen opplevelse fra praksis er at sykepleier stort sett har kunnskap og tar seg tid til samtale, men pårørende er ikke alltid villige til å ta inn informasjonen og følge pasientens ønsker og verdier.

Dreyer et al. (2009) viser at pårørende i flere tilfeller overkjørte pasienten. Når en pasient er kompetent, skal pasientens behov og ønsker ivaretas uten innblanding av pårørende. I studien til Dreyer et al. (2009) kommer det frem at pårørende hadde liten forståelse for situasjonen til pasienten og deres rett på selvbestemmelse. Pårørende har først bestemmelsesrett dersom pasienten ikke er kompetent lenger. Likevel kan pårørende drives av en egoisme for å behandle, selv om det er klart at livets slutt er rett rundt hjørnet (Dreyer et al., 2009). Jeg

erfarte at ønsket om å holde pasienten i livet var større enn forståelsen av hennes behov. «Vi må kjempe. Selvfølgelig må du det. Det er som med barn – de snur hodet og nekter å spise. Du kan ikke bare si `Han vil ikke ha noe`. Du må bare fortsette å prøve.» (Dreyer et al., 2009). Jeg støtter meg til Dreyer et al. (2009) sitt sitat som belyser at pårørende ofte kjemper til livets slutt selv om de heller burde vært til stede og trygget pasienten. I tillegg ser ikke pårørende at de overkjører pasienten, og prioriterer det som er viktig for dem og ikke det som er viktig for pasienten. Motivet til pårørende kan være å ha «god» samvittighet for å ha gjort alt for den døende.

Sykepleiere kan ha forskjellig oppfatning av situasjoner samtidig som de ønsker at pleien rundt den døende skal være god. Det kommer frem at sykepleier strekker seg langt for å oppfylle pasientens og pårørendes ønsker og behov (Svendsen et al., 2017). Men min oppfatning er at i noen tilfeller kan verdiene til sykepleier komme i veien for å gi den rette støtten. Jeg opplevde i praksis at en pasient ønsket å dø, men pårørende og sykepleier ønsket å behandle selv om legen tydelig uttrykte at pasienten bare hadde behov for lindring i slutfasen. I en annen situasjon opplevde jeg at sykepleier oppførte seg nøytralt og fulgte ønsket til pasienten og pårørende på en god og respektfull måte. Alt i alt viser dette at våre individuelle verdier kan ha innvirkning på valg vi tar som sykepleier.

Jeg mener at kompetansenivået på sykehjem bør økes selv om vi ser at pleien som gis av sykepleiere stort sett er god så lenge de går inn i situasjonen som en nøytral person. Samtaler og informasjon til pårørende er viktig for å unngå konflikter i forhold til pasientens ønske.

6.0 Konklusjon

Jeg har i oppgaven forsøkt å belyse hvordan selvbestemmelsen til den eldre sykehjemspasienten ivaretas ved livets slutt. Lovverk sier hvordan sykepleiere skal handle for å sikre pasientens rettigheter. Men verken norsk eller internasjonal forskning viser til en slik virkelighet, og peker på at det kan være forskjellige grunner til at ikke alle døende opplever at deres selvbestemmelse er ivaretatt.

Sikring av selvbestemmelse ved livets slutt er et viktig og komplekst tema som involverer etiske, juridiske og medisinske hensyn. Det er viktig å merke seg at selv om selvbestemmelse er et sentralt prinsipp, kan det være situasjoner der det oppstår etiske dilemmaer eller konflikter mellom pasientens ønsker og hensynet til deres helsetilstand. I slike tilfeller kan en grundig vurdering av pasientens interesser være nødvendig for å sikre pasientens rettigheter og finne en balanse mellom autonomi og behov for helsehjelp. Samlet sett handler sikring av selvbestemmelse i livets slutfase om å anerkjenne og respektere pasientens ønsker, behov og verdighet, og gi støtte og veiledning gjennom hele prosessen. For å skape et miljø som fremmer og respekterer disse rettighetene, krever det samarbeid mellom pasient, pårørende og sykepleier samt et sterkt samfunnsmessig engasjement. Tilnærmingen bør være individuell og tilpasset den spesifikke pasientens ønsker og behov.

Våre behov er individuelle, og ved å skape en god relasjon gjennom å kommunisere ærlig, får vi mye kunnskap om ønsker og behov pasienten måtte ha. I forskningen fortelles det om vanskelige situasjoner pasienter opplevde mot livets slutt. Både pårørende og sykepleiere brøt pasientens rett til selvbestemmelse i noen situasjoner, og kompetente pasienter ble ikke involvert i beslutninger av pårørende. Sykepleiere må være bevisste på sine holdninger slik at en ikke overfører sine egne verdier der pasientens verdier skal være i fokus. Forskning belyser at sykepleiere i flere tilfeller tar med egne holdninger inn i situasjoner, i stedet for å være nøytrale.

Mine erfaringer samsvarer i stor grad med forskningsartiklene jeg har vist til. Jeg har selv stått i situasjoner hvor sykepleier og pårørende tok avgjørelser som var mot pasientens ønsker. Nå som jeg har arbeidet mye med dette temaet, ser jeg tydeligere at jeg ikke er alene om mine opplevelser. Oppgaven har også gjort meg sikker på mine egne holdninger og hvordan jeg i framtiden ønsker å sikre selvbestemmelse for mine pasienter ved livets slutt.

Litteraturliste

- Bøckmann, K & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: En klinisk og juridisk innføring* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dreyer, A., Forde, R. & Nortvedt, P. (2009). *Autonomy at the end of life: life prolonging treatment in nursing homes- relatives' role in the decision-making process*. J Med Ethics 2009; 35:672-677. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2009.030668>
- Eide, T & Eide, H. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gammersvik, Å. (2018). *Helsefremmende arbeid i sykepleie*. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- I teori og praksis*. (2.utg., s. 112-134). Fagbokforlaget.
- Gaspar, R. B., Silva, M. M. D., Zepeda, K. G. M. & Silva, I. R. (2019). *Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life*. 2019;72(6):1639-45. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0768>
- Gou, Q & Jacelon, C. S. (2014). *An integrative review of dignity in end-of-life care*. Vol, 28(7) 931-940. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0269216314528399>
- Grov, E. K. (2014). *Pleie og omsorg ved livets slutt*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 522-537). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kritisk vurdering*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert->

[praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=Kritisk+vurdering#4kritisk-vurdering-41-sjekklist](https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=Kritisk+vurdering#4kritisk-vurdering-41-sjekklist)

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=Kritisk+vurdering#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>

Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt- å skape liv til dagene* (Rapport IS-2278). Helsedirektorater.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Herlofson, K & Kirkevold, M. (2014). *Parkinson sykdom*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 480-496). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Høgskolen på Vestlandet. (2022/2023). SYKF390 Bacheloroppgave: *Emneplan for studieår 2022/2023*. <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/sykf390>

Kalfoss, M. H. (2016). *Møte med lidende og døende pasienter- Sykepleierens møte med seg selv*. I D. – G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5 utg., s. 453-481). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleieforbund. (2019.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 24. april 2023 <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- NOU 1999: 2. (1999). *Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelige syke og døende. Sosial- og helsedepartementet.*
<https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende. Helse- og omsorgsdepartementet.*
<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).* Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Romøren, T. I. (2014). *Eldre, helse og hjelpebehov.* I K. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sopcheck, J. & Tappen, R. M. (2021). *Communicating with nursing home residents about end of life.* November 16, 2018: (1330646-1). <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/104990912111064835>
- St. meld. Nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.*
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 24. juni). *Fire av fem eldre som dør, mottar omsorgstjenester i kommunen.* <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-eldre-som-dor-mottar-omsorgstjenester-i-kommunen>

Svendsen, S. J., Landmark, B. Th. & Grov, E. K. (2017). *Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»*. Sykepleie forskning 2017 12(63396) (e-63396). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>

Sønning, H. E. (2021). *Palliasjon: Å tåle den andres lidelse krever trygghet, mot og kompetanse*. 109 (86314). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2021.86314](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86314)

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1 Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Sopchek m. Fl. (2021)	Forstå beboerens oppfatninger om kommunikasjon og preferanser i forhold til omsorg ved livets slutt	Det er en sekundær analyse som har brukt data fra en kvalitativ studie	Det var 45 personer som var med i studien. 15 beboere, 20 ansatte, 10 familiemedlem	Beboerne vurderte helsen sin som god, rettferdig eller dårlig. Var en beboer som valgte dårlig.	Styrke: -Mange pasienter var med i studien, samt ansatte og pårørende Svakhet: -internasjonal studie
Svendsen m.fl. (2017)	Hensikten med studien er å beskrive sykepleieren sine erfaringer med døende pasienter som bor på sykehjem. De setter spørsmål ved behandling, pleie og omsorg ved livets slutt.	Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuet med tolv sykepleiere. Det ble benyttet kvalitative deskriptiv og eksplorativt design.	Det ble brukt sykepleiere fra spesialenhetene ved lindrende enheter og skjermet enhet for demens ved sykehjem. Det var 12 sykepleiere fra tre forskjellige kommuner som har gjennomsnitt erfaring på tolv år.	Resultatene skal utøve faget slik at pasientene får lindring symptomene best mulig. I tillegg ivareta pårørende. Sykepleiere er ofte alene om alt, da sykehjem har lav bemanning eller mangel full kompetanse.	Styrker: -Fra norske sykehjem -Ulike norske sykehjem Svakheter: -Utfordrende å få nokk sykepleiere

<p>Dreyer m.fl. (2009)</p>	<p>Et økende antall eldre er på sykehjem med sviktende samtykkekompetanse. Helsepersonell skal beskytte pasientenes autonomi og mangel på interne rutiner og retningslinjer truer pasientens autonomi.</p>	<p>Artikkelen har et kvalitativ design. Det gjort analyse av dybdeintervju med slektninger.</p>	<p>Det var femten pårørende til tjue pasienter som bodde på 10 Norske sykehjem.</p>	<p>Hovedfunnene viser at det er mangelfulle prosedyrer i å inkludere pårørende i beslutninger. Det er mange pårørende som har manglende kunnskap ved livets slutt.</p>	<p>Styrke: -Norsk forskning, fra norske sykehjem. Svakheter: -Artikkelen er at den er fra 2009.</p>
<p>Guo & Jacelon (2014)</p>	<p>Viktigheten med å ha en verdig død og identifisere synspunkt med verdighet i omsorgen ved livets slutt.</p>	<p>Det er en integrerende oversiktsartikkel. Det er brukt både kvalitativ, kvantitativ og mikset metoder og 11 teoretiske rapporter.</p>	<p>Totalt 28 rapporter, inkludert teoretiske og empiriske artikler.</p>	<p>Hovedfunn viser at betydningen av å dø med verdighet. Sett på faktorer som påvirker verdigheten og verdighetsstøtte.</p>	<p>Styrke: -Setter spiss på viktigheten av verdighet ved livets slutt. Svakheter: artikkelen er at den er fra 2014, da det kan ha komte nyere forskning,</p>

<p>Gaspar m.fl (2019)</p>	<p>Er å se på hvordan sykepleiere håndterer den elders autonomi ved livets slutt.</p>	<p>Det er en kvalitativ utforskende studie. Dataen ble innhentet på et universitets sykehus i Rio.</p>	<p>Ti sykepleiere, åtte leger og femten sykepleieteknikere ble intervjuet til studien.</p>	<p>Resultatene i artikkelen er at sykepleier håndterer pasienters autonomi i henhold til de yrkesetiske retningslinjene. De forsvarer, veileder, lytter og evaluerer ønskene til pasientene.</p>	<p>Styrke: -Retningslinjene til helsevesenet i Brasil er sammenlignbart med norske retningslinjer. -Ser på pasientperspektiv og sykepleiers perspektiv. Svakhet: -Artikkelen er forsket på i Brasil.</p>
-----------------------------------	---	--	--	--	--

Vedlegg 2 Søketabell

Database	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensing - Fagfelleurdert - 2013-2023	Valgte artikler
PubMed 17.03.23	S1	“Autonomy” and “end of life” and “nursing home”	211	Fagfelleurdert, men ikke riktig tidsrom	Dreyer et al., 2009
Cinahl 19.03.23	S1	“Communication”	98 153	Ja	
	S2	“End of life”	33 989	Ja	
	S3	“Conversation”	5 461	Ja	
	S4	“Residents”	67 111	Ja	
	S5	S1 and S2 and S3 and S4	8	Ja	Sopcheck et al., 2021
PubMed 10.04.23	S1	“Autonomy” and “end of life” and “communicating”	28	Ja	Guo & Jacelon 2014
Sykepleien.no 20.04.23	S1	“Sykepleier” og “Død”	32	Ja	Svendsen et al., 2017
PubMed 25.04.23	S1	“Nurse” and “autonomy” and “end of life”	99	Ja	Gaspar et al., 2019

Vedlegg 3 PIO skjema

PIO skjema		
P:	Problem/patiens	Sykehjem, nursing home, pårørende, residents, end of life, sykepleier, nurse
I:	Intervention	Autonomy, døden, informasjon, communication
O:	Outcome	End of life, conversation, død



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	05-06-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	09-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	267
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7969
----------------------	------

Sett hake dersom Nei
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 33
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei