

[Kandidatnummer: 1863 + 1864]

# **BSYBAC**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**



---

Universitetet  
i Stavanger

*Forlengte livet eller forlengte døden?*

Sykepleieres holdninger og begrensinger ved livsforlengende behandlinger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 02.01.2024*



*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## Forord

*“The proper function of man is to live,  
not to exist.*

*I shall not waste my days  
in trying to prolong them.*

*I shall use my time.”*

*— Jack London, 1938*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Livsforlengende behandlinger blir gitt til flere alvorlig syke pasienter med dårlig prognose. Diskusjoner rundt dette gir oss noen av de vanligste og vanskeligste etiske utfordringene i helsetjenesten. Sykepleiere tar ikke endelige beslutninger i slike situasjoner, men har en elementær rolle i beslutningsprosessene.

**Hensikt:** Hensikten med vår oppgave er å belyse holdninger og begrensninger sykepleiere møter ved livsforlengende behandling av uhelbredelige syke.

**Metode:** Vi har benyttet oss av integrativ litteraturoversikt som metode i oppgaven. Resultater fra to kvalitative og to kvantitative utvalgte forskningsartikler, relevant henvisning og teori, samt egen drøfting tilsvarer grunnlaget for besvarelsen.

**Resultat:** Resultatene avslører ulike holdninger vedrørende livsforlengende behandling hos sykepleiere og begrensninger de møter i behandlingen av uhelbredelige syke. Det fremkommer at tverrfaglig samarbeid, etiske diskusjoner, utfordringer i beslutningsprosesser, kontinuitet og tid er begrensende for sykepleiere i behandlingen av alvorlig syke med dårlig prognose. Resultatene viser at flere sykepleiere minst en gang har fått forespørsel om hjelp til å dø. Sykepleierne uttrykker ulike holdninger til dødshjelp ved forskjeller i utdanning, erfaring, alder og arbeidsplass.

Nøkkelord: Sykepleie, livsforlengende behandling, tverrfaglig samarbeid, verdighet, lidelse, kunnskap, erfaring, livets slutt, faglig forsvarlighet, beslutningsprosesser, dødshjelp.

## Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	7
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING OG PROBLEMFORMULERING .....	7
1.3 OPPGAVENS HENSIKT .....	8
<b>2.0 TEORIKAPITTEL</b> .....	<b>9</b>
2.1 LIVSFORLENGENDE BEHANDLING .....	9
2.2 BEHANDLINGSBEGRENSNING .....	9
2.4 GRENSEN MELLOM LOVLIG OG ULOVLIG DØDSHJELP .....	10
2.5 KARI MARTINSENS OMSORGSETIKK OG VERDIGHET.....	11
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>12</b>
3.2 LITTERATURSØK .....	12
3.2.1 Integrativ litteraturoversikt.....	12
3.2.3 Valg av databaser .....	13
3.2.4 Valg av søkeord.....	13
3.2.5 Valg av artikler .....	14
3.2.6 Analyse av artikler .....	16
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>17</b>
4.1 LIVSFORLENGENDE BEHANDLING .....	17
4.1.1 Behandlinger ved livets slutt.....	17
4.1.2 Behandlingsbegrensing.....	18
4.2 TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	19
4.2.1 Utfordringer i beslutningsprosesser .....	19
4.2.2 Kunnskap og erfaring.....	20
4.3 ETISKE DILEMMAER .....	21
4.3.1 Verdighet og omsorg ved livets slutt.....	21
4.2.3 Holdninger til dødshjelp .....	22
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>23</b>

5.1 METODEDISKUSJON .....	23
5.1.1 Land og arena for studiene .....	23
5.1.2 Forskernes bakgrunn .....	23
5.1.3 Studiens informanter .....	23
5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode .....	24
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	25
5.2 RESULTATDISKUSJON.....	25
5.2.1 Livsforlengende behandling.....	25
5.2.2 Behandlingsbegrensing.....	27
5.2.3 Tverrfaglig samarbeid.....	28
5.2.5 Etske dilemmaer.....	30
5.2.6 Konklusjon .....	32
<b>6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERANSER.....</b>	<b>35</b>
<b>VEDLEGG 1. SØKELOGG .....</b>	<b>37</b>
<b>VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE.....</b>	<b>38</b>

**Antall ord: 7983**

## 1.0 INNLEDING

Et flertall pasienter rammes av omfattende sykdomsforløp som krever livsforlengende behandling. Samtidig dannes et mer komplekst helsevesen der ulikt helsepersonell skal jobbe i team mot felles mål for sine pasienter. En kollektiv oppfatning av å gi god pleie, omsorg og behandling er ofte til stede før pasienten defineres som lidende og døende. En kan se tendenser til at tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell i denne fasen av pasientforløpet kan svekkes grunnet ulike holdninger og moralske oppfatninger om en verdig død. En verdig død for pasienten står sentralt i sykepleien, likevel er det ingen klare retningslinjer som illustrerer hva en verdig død symboliserer.

Spørsmålet om barmhjertighetsdrap og aktiv eller passiv dødshjelp utvider debatten ytterligere. I følge Store Norske Leksikon vil aktiv dødshjelp si at helsepersonell med hensikt forårsaker en persons død. Passiv dødshjelp betegnes som å avstå fra eller avbryte livsforlengende behandling. (Ursin, 2023). I Norge er aktiv dødshjelp (eutanasi) ulovlig, som beskrevet i straffelovens §278 om medlidenhetsdrap. Imidlertid fremmes mangfoldige tanker og motiver rundt aktiv og passiv eutanasi, der ulike grunnprinsipper i sykepleien utfordres. I en moralsk forstand kan skillet mellom aktiv og passiv dødshjelp være vanskelig å definere når motivet tilstreber å lindre smerte og lidelse hos pasienten.

Palliativ omsorg skal tilrettelegge for best mulig livskvalitet og smertelindring for pasienten inntil døden inntreffer. Ifølge Helsedirektoratets hefte om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandlinger, skal alle beslutninger om medisinsk behandling være faglig forsvarlige og omsorgsfulle. Dette innebærer at helsehjelp skal være basert på gode medisinske, helsefaglige og etiske vurderinger, som også respekterer pasientens rettigheter (Helsedirektoratet, 2013). Sykepleien rettes mot et fundamentalt prinsipp der ytelsen verken skal forlenge eller utsette avslutningen av livet. Prinsippene kan føre til utfordringer i omsorgen til alvorlig syke pasienter med dårlig prognose, og ved spørsmål om å fortsette eller avslutte livsforlengende behandling.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom erfaringer fra sykepleierutdanningen og relevante medieoppslag, har vi fått innsikt i etiske dilemmaer omkring livsforlengende behandling, samt ivaretagelse av pasienters verdighet ved livets slutt. I praksis har vi vært vitne til palliativt forløp og livsforlengende behandlinger i ulike intuisjoner, herunder palliativ avdeling, sykehus, hjemmesykepleien og sykehjem. Under studiet har vi lært om viktigheten og fortolkningen av en verdig død, likevel har vi observert det som utfordrende i praksis, da det er umulig å simulere hvordan en verdig død utspiller seg for enkeltmennesket. Sykepleiere kan stå i en intern konflikt mellom å være til nytte eller en byrde ved å gi pasienten behandling. Vi har observert og erfart negative innvirkninger problemstillingen kan ha på både pasient og helsepersonell, og hvordan lidelse kan forårsakes dersom nytteløs behandling blir gitt. Temaet vekket stor interesse hos oss og inspirerte oss til å utforme en problemstilling basert på forskningsartikler og relevant kunnskap.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling og problemformulering

Pasienter med komplekse sykdommer der helbredende behandling ikke anses som hensiktsmessig og fordelaktig, får livsforlengende behandling. Dette illustrerer skillet mellom å redde liv, og fastholde livet som er igjen hos pasienten. Hos pasienter med sykdommer som har dårlig prognose, kan livsforlengende behandling forlenge pasientens levetid. Slike behandlinger gis ved flere helsefaglige arenaer i Norge og diskuteres i tverrfaglige samarbeid. Det kan være vanskelig å vurdere når begrensninger av livsforlengende behandling bør vurderes, følgelig når passiv dødshjelp vil være moralsk akseptabelt i ulike pasientsituasjoner. Slike situasjoner kan være moralsk og praktisk utfordringer for sykepleiere, når ulike holdninger og forhold på arbeidsplassen varierer. Manglende kunnskap og tilrettelegging vedrørende livsforlengende behandling og dilemmaer rundt dette, kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å ta stilling til behandlingen, dersom den forlenger en plagsom og påtrengende dødsprosess, eller forlenger et liv med store plager og lidelse. Mer kunnskap og tilrettelegging vil kunne gjøre dødsprosessen enklere for pasient og behandler, og identifisere begrensninger som sykepleiere møter i behandlingen av døende. Vi velger å ikke fokusere direkte på

debatten rundt legalisering av aktiv dødshjelp, men berøre innfallsvinkler rundt temaet som er relevant for vår problemstilling.

### 1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med vår bacheloroppgave er å belyse holdninger og begrensinger sykepleiere møter ved livsforlengende behandling av uhelbredelige syke. Vi vil se på hvilke moralske, etiske og praktiske utfordringer dette innebærer i ulike helseinstitusjoner, og hvordan de kan løses.



## 2.0 TEORIKAPITTEL

### 2.1 Livsforlengende behandling

Livsforlengende behandling kan i prinsippet være all behandling. Definisjonen av livsforlengende behandling avhenger av hvor nært forstående en antar at døden er, og hvordan den som får behandlingen opplever egen situasjon. Sannsynligvis bør en person som har få åpenbare plager få mer livsforlengende behandling, enn en person med uutholdelige smerter. Eksempler på vanlige livsforlengende behandlinger er blodtrykksenkende medisiner ved høyt blodtrykk eller antibiotika ved pneumoni. (NHI, 2022).

### 2.2 Behandlingsbegrensning

Helsedirektoratets hefte om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling angir når begrensning av livsforlengende behandling bør vurderes: Når pasienten ber om det, når behandlingen forlenger en plagsom død eller et liv med store plager, varig opphør av mentale funksjoner og koma. Ulike oppfatninger av hva som oppleves som nytte eller ulempe, må tas i betraktning. Ulike personlige, religiøse og kulturelle forhold påvirker hva som ansees som et leveverdig liv. Personlige ønsker om en verdig død vil ofte påvirke hva en anser som nytteløs behandling. I slike situasjoner kan helsepersonell bidra med kunnskap og erfaring. (Helsedirektoratet, 2013)

### 2.3 Sykepleierens ansvarsområde

Sykepleiere deltar i diskusjoner om faglige og etiske problemer ved begrensning av livsforlengende behandling. Beslutningene skal ifølge Helsedirektoratets hefte om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling, bygge på hva som ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering er forsvarlig, til pasientens beste og hva pasientens egne ønsker tilsier. Videre vektlegges viktigheten av tverrfaglige diskusjoner, imidlertid er det

behandlingsansvarlig lege som tar beslutningen om behandlingen pasienten skal ha (Kristoffersen et al, 2021, s. 121).

Begrepet tverrfaglig samarbeid beskrives etterfølgende av Bredland og Linge et al. (2011, s.200). “Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Dette kan skje ved en fleksibel samordning av ulike typer kompetanse der resultatet forventes å bli bedre enn om hver og en løste sin del av oppgaven alene. Felles mål og oppgavens art kan føre til at en går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser”.

#### 2.4 Grensen mellom lovlig og ulovlig dødshjelp

I utgangspunktet er grensen mellom lovlig og ulovlig dødshjelp klar. Når pasienten dør som følge av medikamenter gitt i hensikt å ta liv, er det foretatt ulovlig dødshjelp.

Behandlingsbegrensning der pasienten dør av grunnsykdommen, er lovlig. Gråsonen finnes der smertelindrende behandling gis i den terminale fasen som fremskynder døden, men hvor formålet er å lindre pasientens smerter. Dersom det kan hevdes og dokumenteres at legemidlene og dosene bare har smertelindrende formål vil behandlingen være lovlig. Dersom dosen og/eller sammenkopling med andre legemidler, viser noe annet, vil grensen for ulovlig dødshjelp og uforsvarlig behandling være overskredet (Molven, 2019, s. 220).

Relevante lover for oppgaven er:

Dersom noen av medlidenhet dreper en person som er dødssyk, eller som av andre grunner er nær ved å dø, kan straffen settes under minstestrafen eller til en mildere straffart enn det som følger av § 275 (Straffeloven, 2005, § 278).

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, § 4, første ledd).

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (..) (Helsepersonelloven, 1999, § 4, andre ledd).

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, § 4-9, andre ledd).

## 2.5 Kari Martinsens omsorgsetikk og verdighet

Kari Martinsen beskriver omsorg som en treenighet der omsorg på en og samme gang er relasjonell, praktisk og moralsk (Kristoffersen et al, 2021, s. 267). Ifølge Martinsen må man gå grunnleggende inn på relasjonen mellom sykepleier og pasient for å forstå hva det er å ta ansvar for et sykt menneske. Ansvar for pasienten er asymmetrisk, eller det hun benevner som en ikke-generaliserbar gjensidighet. Sykepleier har ansvar for pasienten som pasienten ikke har noen forpliktelse til å gjengjelde. Videre et spesielt ansvar for å sikte seg inn mot pasientens opplevelse av sin sykdom og anstrenge seg for å forstå denne opplevelsen. Man må vise emosjonell forståelse og ta del i pasientens følelsesmessige erfaring og ha evne til å forestille seg pasientens opplevelse av den kliniske situasjonen (Nortvedt, 2016, s.57).

Begrepet verdighet har en indre og ytre dimensjon. Den indre dimensjonen tilhører troverdighet og æresfølelse. Den ytre karakteriseres av ære, stilling, verdig holdning og utseende. Alle mennesker har i dypeste forstand samme verdi og verdighet, men en individuell oppfatning av egen verdighet. Å krenke pasientens verdighet innebærer å frata hen muligheten til å helt og fullt være menneske. Krenking av menneskets verdighet kan skje gjennom konkrete handlinger eller ved mangelfull etisk holdning eller ved å ikke "se" mennesket og gi det plass (Erikson, 2005, s. 70).

### 3.0 METODE

#### 3.1 Hva er metode?

Metode er en planmessig og systematisk fremgangsmåte som anvendes for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metoden er redskapet vårt i møtet med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss å innsamle data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. (Dalland, 2020, s. 54)

Både kvantitative og kvalitative metoder brukes i empiriske studier. Metodene har likheter og særpreg. Begge har som mål å gi bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. (Dalland, 2020, s. 54).

Hovedforskjellen mellom metodene er knyttet til måten de innhenter data. Ved kvantitativ metode skjer datainnsamlingen uten direkte kontakt med feltet, dataene gis i form av målbare enheter som kan etterprøves, der resultatene underbygger temaet som undersøkes. Forskeren i en kvantitativ studie ser fenomenet utenfra og etterstreber nøytralitet og avstand. Dataene som samlles inn, er knyttet til adskilte fenomener. Spørreskjemaene har faste svaralternativer og systematiske og strukturerte observasjoner. Ved kvalitativ metode skjer datainnsamlingen i direkte kontakt med feltet. Tanker, meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles innhentes. Forskeren ser fenomenet innenfra og vedkjenner delaktighet og påvirkning. Kvalitativ metode har som mål å få frem sammenheng og helhet, gjennom intervjuer preget av fleksibilitet, uten faste svaralternativer og ustrukturerte observasjoner. (Dalland, 2020, s. 55).

#### 3.2 Litteratursøk

##### *3.2.1 Integrativ litteraturoversikt*

Vi svarer på problemstillingen via en systematisk litteraturstudie, videre definert som en integrativ litteraturoversikt. Oppgaven baseres på publisert forskning i de fire artiklene vi har valgt å bruke. Hensikten med integrativ litteraturoversikt er å forstå forskningsproblemet gjennom å tolke og syntetisere både teoretisk og empirisk forskning. Kvantitativ og kvalitativ forskning kan brukes i en integrativ litteraturoversikt, noe vi vil benytte i vår oppgave. Integrativ litteraturoversikt skiller seg fra allmenn litteraturoversikt, da en kan fremstille egne

konklusjoner, mønstre og sammenfatninger fra resultatene, som skaper en ny helhet. (Friberg, 2022, s.196).

### *3.2.2 Valg av søkestrategi og avgrensinger i søket.*

Vi anvendte systematisk litteratursøk som søkestrategi. Vi ønsker at studien baseres på nyere forskning, med særlig relevante resultater for norsk sykepleiepraksis. For å etterstrebe dette, fastslo vi inklusjons og eksklusjonskriterier som ville gjøre søket tydeligere. Vi begrenset søket til artikler skrevet på skandinaviske språk og engelsk, med utgivelsesdato i løpet av de siste 10 årene. Videre begrenset vi søket til fagfelleverderte artikler, og forskningsartikler der forskningen var utført i Norge. Vi fant flere artikler der forskningen var foretatt utenfor Norge. Denne forskningen forholdt seg til og drøftet rundt sitt lands lover, retningslinjer og ritualer for aktiv og passiv eutanasi og palliasjon. Derfor begrenset vi søket til forskning fra Norge, med tanke på forskningens relevans og appell for norsk helsevesen. Slik organiserte vi et grunnlag for kvalitetssikrede artikler med geografisk og tidsmessig relevans.

### *3.2.3 Valg av databaser*

For å finne artikler som underbygget vår problemstilling, gjorde vi systematiske litteratursøk i sykepleierelevante databaser som vi fant gjennom universitetsbibliotekets nettside.

Databasene var Cinahl, SveMed+ og PubMed. Under søkeprosessen fant vi flest relevante artikler gjennom PubMed og Cinahl.

### *3.2.4 Valg av søkeord*

For å innhente aktuelle artikler som argumenterte for vår oppgave, anvendte vi relevante søkeord. Vi utarbeidet og formulerte disse gjennom et nøye utvalg av søkeordene. Dette inkluderte å bruke engelske ord og fagbegreper som ved trunkering, frasesøk, søkefiltre og en nøye utvelgingsprosess, hjalp oss å oppdrive relevante forskningsartikler. Søkeord som "life-

prolonging-treatment, nurses, doctors, euthanasia, assisted suicide, ending life, attitudes, dignity and collaboration” ble brukt i ulike kombinasjoner ved hjelp av bindeordet «AND».

### *3.2.5 Valg av artikler*

Gjennom vårt systematiske litteratursøk og ulike søkekombinasjoner fikk vi flere treff. Vi leste mange artikler og var nøye med utvelgelsen av disse. For å vurdere studiens aktualitet og holdbarhet så vi på artiklenes tema, hensikt og metode. Vi vurderte artiklenes oppbygning ved å undersøke om de overholdt kravene til IMRAD-strukturen (Hem, 2020). Ytterligere, hvordan artikkelens resultater og konklusjon samsvarte med hverandre og belyste vår problemstilling. Vi ønsket å finne artikler der forskningen var gjort i Norge. Dermed var informantenes og studiens relevans for norsk sykepleiepraksis noe vi vektla. Flere artikler var distansert og irrelevante, følgelig ble mange artikler valgt bort på basis av irrelevant vinkling eller hensikt. Vi vurderte artiklenes troverdighet og gyldighet ved å vurdere tidsskriftene de var publisert i og gjøre sekundærsøk av artiklenes presenterte kilder. Vi var kildekritiske til forskernes bakgrunn og pålitelighet, således undersøkte vi om det var forhold som kunne underbygge deres troverdighet, og derav artiklenes forsvarlighet. Herunder gjorde vi vurderinger av anvendte eksklusjonskriterier og etiske hensyn tatt i artiklene. De fire artiklene vi har valgt å bruke, overholder disse kriteriene. Vi anser derfor disse som fullstendige og relevante for problemstillingen og for norsk sykepleiepraksis. To av fire artikler er kvalitative, mens to har kvantitativ tilnærming. Tabell 1 viser en skjematisk oversikt over de utvalgte artiklene.

Tabell 1. Oversikt over utvalgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Brodtkorb, K., Skisland, A. V., Slettebø, Å., Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges	Verdighet i omsorgen i siste fase av livet.	Kartlegge hvordan helsepersonell er påvirket av og håndterer etiske problemstillinger i å avslutte livsforlengende behandling i sykehjem.	Sykepleier /leger	Kvalitativ tilnærming. Det ble etablert fire forskningsgrupper fra to sykehjem i en kommune i Norge. Gruppene møttes tre til fire ganger hver i løpet av et år. 23 sykepleiere, 2 fysioterapeuter og 1 sosionom deltok.
Gjessing, K., Steindal, S. A., Kvande, M. E. (2023). Collaboration between nurses and doctors in the decision-making process when considering ending the life-prolonging treatment of intensive care patients.	Samarbeid mellom sykepleiere og leger, i beslutninger om livsforlengende behandling.	Utforske hvordan samarbeidet mellom intensivsykepleiere og leger er når livsforlengende behandling må vurderes å avsluttes hos pasienter på intensivavdeling.	Sykepleier /leger	Kvalitativ tilnærming. Semistrukturerte intervjuer digitalt via videosamtaler og lydopptak som varte i 40-70 minutter. Studien besto av 4 intensivsykepleiere og 4 intensivleger fra tre intensivavdelinger ved to universitetssykehus og et lokalsykehus i Norge.
Van der werff, H. F. L., Michelet, T. H., Fredheim, O. M., Steine, S. (2022). «Do not resuscitate» order and end-of-life treatment in a cohort of deceased in a Norwegian University Hospital.	Vedtak om å avstå fra gjenopplivning og livsforlengende behandling.	Analysere klinisk praksis vedrørende «ikke-gjenoppliv» og livsforlengende behandling ved livets slutt.	Pasient	Kvantitativ tilnærming. Tverrsnittobservasjonsstudie av en kohort på 315 avdøde fra et stort generelt sykehus i Norge. Data om DNR (ingen gjenopplivning) og andre behandlingsbegrensninger, livsforlengende behandling, siste leveuke og dødsårsak ble hentet fra pasientjournaler.
Hol, H., Vatne, S., Orøy, A., Rokstad, A. M. M., Opdal, Ø. (2022). Norwegian Nurses' Attitudes Toward Assisted Dying: A Cross-Sectional Study.	Norske sykepleieres holdninger til dødshjelp.	Undersøke norske sykepleieres holdninger til dødshjelp og hvor mye sykepleiere mottar henvendelser fra uhelbredelige syke pasienter om hjelp til å dø.	Sykepleier	Kvantitativ tilnærming. Elektronisk spørreskjema med 15 elementer. 205 sykepleiere fra hjemmesykepleien, onkologisk-, lunge-, nevrologisk- og palliative avdelinger deltok, samt 1 hjemmetjenestedistrikt.

### 3.2.6 Analyse av artikler

Friberg betegner analysearbeidet som en bevegelse fra helheten til delene, og deretter til en ny helhet. Delene oppstår når resultatene av artiklene undersøkes med den hensikt å finne relevante aspekter for formålet. Den nye helheten formes av sammenfatningen og tolkningen av de avgjørende aspektene, dette er resultatene av analysen. (Friberg, 2012, s. 127). Vi startet analysearbeidet med å lese grundig gjennom artiklene for å få en god forståelse av hva de omhandlet. Vi fokuserte på resultatene og dannet en oversikt over funnene. Videre foretok vi en datareduksjon ved å velge ut resultater fra hver artikkel som samsvarte med hensikten vår og det vi ønsket å analysere videre. Vi sammenlignet resultatene med hverandre og avdekket likheter og ulikheter. Gjennom analysearbeidet organiserte vi resultatene i en tabell med tre hovedkategorier og seks underkategorier.

Tabell 2. Hovedfunn og underkategorier

Hovedfunn	Underkategori
Livsforlengende behandling	Behandlinger ved livets slutt Behandlingsbegrensning
Tverrfaglig samarbeid	Utfordringer i beslutningsprosesser Kunnskap og erfaring
Etiske dilemmaer	Verdighet og omsorg ved livets slutt Holdninger til dødshjelp



## 4.0 RESULTATER

### 4.1 Livsforlengende behandling

#### 4.1.1 Behandlinger ved livets slutt

Van der werff et al. (2022) avdekker en høy forekomst av livsforlengende behandlinger i siste leveuke. Studien avslører hvilke livsforlengende behandlinger som ble gitt i siste leveuke i en kohort på 315 avdøde fra et Norsk universitetssykehus i en etterfølgende tabell.

Total population $N = 315$	
$N$ (%) <sup>a</sup>	
Treatment provided within last week of life	
Invasive ventilation	27 (9)
Intensive care treatment	113 (36)
Chemotherapy	4 (1)
Noninvasive ventilation	81 (26)
Intravenous antibiotics	198 (63)
Intravenous fluids	221 (70)
Parenteral nutrition	56 (18)

De hyppigst gitte livsforlengende behandlingene var intravenøs væskebehandling hos 70% av pasientene og antibiotikabehandling til 63% av pasientene. 36% fikk intensivbehandling i løpet av sin siste leveuke (Van der werff et al., 2022, s.1012).

Brodtkorb et al. (2017) presenterer ernæring hos døende pasienter som et tilbakevendende tema i studien. Intravenøs ernæring og væske behandling ble ikke praktisert på

sykehjemmene. Klinikerne opplevde at flere pasienter viste fallende interesse for mat og væske, og på et tidspunkt nektet å spise. De tolket dette som et tegn på at pasienten nærmet seg døden og en bevisst avgjørelse fra pasienten. Det var en beslutning de godtok og prøvde ikke å presse eller tvinge pasienten til å spise. Studien avdekket at mange pasienter godtok væske isteden for mat. Dette ble utnyttet av noen klinikere, som ga dem kosttilskudd isteden for vann eller andre væsker. "Some clinicians used supplements because they found it appropriate to support life as long as possible, while others felt this way of supporting patients was too radical or constituted trickery or coercion." (Brodtkorb et al. 2017, s. 80)

Van der werff et al. (2022) avdekker at pasienter som døde av kreft hadde tydelig tendens til å få avsluttet livsforlengende behandling ved dårlig prognose. Pasienter som fikk vedtak om å avstå fra gjenopplivning fikk derimot ofte svært intensiv livsforlengende behandling ved livets slutt.

#### *4.1.2 Behandlingsbegrensing*

I studien til Brodtkorb et al. (2017) var klinikernes overordnede holdning at behandlingen skulle være palliativ den siste fasen av livet. Sykepleierne fokuserte på å skape en god avslutning for pasientens liv ved å gjøre det så komfortabelt som mulig, ved å verken forlenge eller forkorte livet deres.

I studien til Van der werff et al. (2022, s. 1012) viser resultatene at 287 av de 315 avdøde som var forsket på, hadde dokumentert vedtak om å avstå fra gjenopplivning. Studien fremlegger behandlingsbegrensinger gitt på samme tid som vedtak om å avstå fra gjenopplivning ble gitt til pasientene. Det ble besluttet å ikke gi invasiv ventilasjon til 57% av pasientene. Mer omfattende behandlingsbegrensinger ble besluttet hos 13% av pasientene, mens 40% ikke hadde noen behandlingsbegrensinger. (Van der werff et al., 2022, s.1011)

Gjessing et al. (2023) avdekket sykepleiernes behov for å bli inkludert og lyttet til av legene i diskusjoner om å begrense livsforlengende behandling hos pasientene. Siden sykepleierne ofte ikke kunne forlate pasientrommene, og ofte var uønsket i legenes morgenmøter, deltok sykepleierne sjeldent i diskusjonene. Sykepleierne i studien beskriver at legens beslutninger ofte kom som overraskelser. Videre opplevde sykepleierne avisning fra legen når de sa sin mening. «I regularly asked these questions if we should continue treatment, but no one

reflected on what I asked, just quickly replied, ‘No, of course we will continue’ (Gjessing et al., 2023, s. 309).

## 4.2 Tverrfaglig samarbeid

### 4.2.1 *Utfordringer i beslutningsprosesser*

I Brodtkorb et al. (2017) ble legens begrensede og fragmenterte rolle beskrevet som et tilbakevendende problem. En allmennlege jobbet på sykehjemmet en dag i uken og kunne til tider konsulteres på hverdager. Det førte til at sykepleierne opplevde fragmentering av ansvar og utfordringer med kommunikasjon, beslutninger og dokumentasjon. Når legen var utilgjengelig, måtte sykepleierne ringe akuttmottaket. Akuttmottaket var ikke kjent med pasientene eller deres medisinske status. Akuttsykepleierne ga sykehjems-personalet informasjon om vedtak og forskrevne prosedyrer som skulle videreformidles til pasientens familie. Dersom de pårørende var uenige i beslutningene, følte sykepleierne de noen ganger ble fanget i en frem-og-tilbake utveksling.

Sykepleierne uttrykte skyldfølelse over mangelfull beredskap som reduserte kvaliteten på omsorgen for pasientene og pårørende. Etter deres mening burde ting allerede vært snakket igjennom med pasient og pårørende som en støttemekanisme for beslutningsprosessene. (Brodtkorb et al. 2017, s. 80).

I studien Gjessing et al. (2023) kom det fram at legene hadde tendens til å kontrollere beslutningsprosessene og fremhevet behov for tidligere involvering av sykepleierne. Legene understreket viktigheten av støtte i teamet og rapporterte at i utfordrerne situasjoner kunne samholdet forbedres ved å danne en «forent front». Sykepleierne sa at de hadde gode samarbeidsrutiner når en pasient ble innlagt på intensivavdelingen, men at disse forsvant når behandlingen gikk mot avslutning. «We work so well together as a team in the reception of a patient when the focus is to save lives. However, to maintain this when you choose to change focus to end treatment ... It doesn't mean that communication and cooperation should stop» (Gjessing et al., 2023, s. 309).

Legene i studien til Gjessing et al. (2023) oppga at de ofte diskuterte pasientsaker med hverandre, lenge før de konfererte med sykepleierne. Dermed hevdet de at sykepleiernes

meninger ikke hadde reell betydning. Legene innrømte å vite at de hadde juridisk forpliktelse til å bruke alle tilgjengelige informasjonskilder, inkludert sykepleierne, for å danne et helhetlig vurderingsgrunnlag. Dette ble ikke gjort tilstrekkelig, og mangel på tid ble nevnt som en viktig barriere. Tidlige diskusjoner om å avslutte livsforlengende behandlinger på pasientene, ble verdsatt av legene og sykepleierne. Strukturert og tidlig dokumentasjon av behandlingsplaner ble hevdet at kunne skape trygghet og gjøre det lettere for nye kollegaer å sette seg inn i pasientsituasjonen og gjøre vurderinger av pasienten. «It's a security for both nurse, doctor, and patient that a treatment plan has been discussed in structured and orderly forms» (Gjessing et al., 2023, s. 310).

Legene og sykepleierne fremhevet behovet for daglige møter utenfor pasientens rom, hvor de ikke ville bli avbrutt, kunne diskutere og planlegge behandling og prognose, og forklare sine synspunkter for hverandre. Legene sa dette kunne forbedre deres evne til å se pasienten fra sykepleiernes perspektiv (Gjessing et al., 2023, s. 311).

#### *4.2.2 Kunnskap og erfaring*

I studien til Gjessing et al. (2023) rapporterte sykepleiere om ulike personligheter og relasjoner som påvirkende faktorer for om de tok opp vanskelige problemstillinger med legene. Sykepleiernes gode erfaringer i diskusjoner om å avslutte livsforlengende behandling var når legen var lydhør, åpen, erfaren og selvsikker. Sykepleierne forklarte at når leger virket uerfarne og usikre, tok de seg ikke tid til å lytte til dem. Leger som var kjent med avdelingen var flinkere til å tilrettelegge teammøter, for å diskutere prognose og lyttet til andre teammedlemmers tanker og forslag om behandling. Sykepleierne opplyste imidlertid at det ofte var nye leger som hadde ansvar for pasientene. «The doctors don't have enough time; they're always in a hurry. [...] Some are not very experienced, which makes them insecure and impatient to listen to nurses» (Gjessing et al, 2023, s.311).

Videre rapporterte sykepleierne i studien til Gjessing et al. (2023) utfordringer med å kommunisere kliniske vurderinger som ble gjort ved små endringer i pasientens tilstand, og bruke fagspråk som hjalp dem å presentere deres observasjoner og tanker om pasientprognose til behandlende lege. «We nurses should be tougher, trust our knowledge, and be proud in our profession and choices. We do not need to give up but communicate our observations clearly

to doctors. [...]». Videre uttrykte legene at sykepleierne ikke nøler med å ta kontakt generelt, men at de var ganske forsiktige og uklare om intensjonene sine i samtalene de tok initiativ til.

I studiene til Gjessing et al. (2023) og Brodtkorb et al. (2017) fremkommer et behov for bedre organisatoriske aspekter. Det var nødvendig å bedre kommunikasjonen med pasienter og pårørende om livets sluttspørsmål (Brodtkorb et al. (2017). I studien til Gjessing et al. (2023, s. 310) erkjente klinikerne at å forbedre tidlig dokumentasjon av behandlingsplaner ville kunne skape trygghet og gjøre det lettere å ta vurderinger av pasienten.

### 4.3 Ethiske dilemmaer

#### *4.3.1 Verdighet og omsorg ved livets slutt*

I studien til Brodtkorb et al. (2017) nevnte sykepleierne begrepet verdighet flere ganger. “We want to help and make their life as good as possible... A dignified life as long as they live”. Likevel hadde de erfaringer og dilemmaer fra situasjoner der de følte seg usikre på hva som var rett å gjøre angående avgjørelser om livsforlengende behandling. Noen av legene jobbet på sykehjemmet en dag i uken, og var til tider ledig for konsultasjon. Sykepleierne opplevde dermed utfordringer i forhold til kommunikasjon og vurderinger, de følte på begrenset beslutningskompetanse, der beslutninger og behandling ble utført basert på et utilstrekkelig nivå.

Klinikere hevdet at spørsmål om livets slutt bør være en del av en mer medisinsk fokusert konsultasjon mellom lege, pasient og sykepleier. Deltagerne erkjente behovet for organisatoriske retningslinjer, men understreket samtidig behovet for sensitivitet og individuell dømmekraft, for å uttrykke en kritisk holdning til å formalisere etiske spørsmål. (Brodtkorb et al, 2017, s. 81.)

Sykepleierne i studien til Gjessing et al. (2023) rapporterte at mange leger nølte med å starte etiske diskusjoner om å avslutte den livsforlengende behandlingen av intensiv- pasienter. Legene uttrykte at etikk er et viktig tema, men de opplevde at sykepleierne var flinkere til å fokusere på etiske spørsmål og var mer realistiske til prognosen enn legene. Noen leger beskrev likevel at sykepleiernes nærhet til pasienten over tid gjorde dem fysisk og psykisk

utmattet, som kompliserte deres evne til å foreta objektive vurderinger av behandlingsbeslutninger.

#### *4.2.3 Holdninger til dødshjelp*

Studien til Hol et al. (2022, s. 103) viser at andelen av deltakerne som var “noe” eller “sterkt” enig av legalisering av legeassistert selvmord (46%) og eutanasi (48%) var større enn andelen som var “noe” eller “sterkt” uenig. 56% av sykepleierne var enige i påstanden om at legeassistert selvmord bør tillates for personer som har dødelige sykdommer med kort forventet levetid. For den eldste aldersgruppen var oddsen for høyere grad av enighet 84% lavere, sammenlignet med den yngste aldersgruppen (20-29 år). De med etterutdanning hadde redusert sjans for høyere grad av enighet med legeassistert selvmord sammenlignet med de med bachelorgrad (Hol et al, 2022, s. 104).

58% av respondentene hadde minst en gang mottatt en forespørsel fra pasienter om hjelp til å dø. Sykepleiere som jobbet på lungeavdelinger og i palliative team fikk signifikant flere forespørsler enn sykepleiere på de andre avdelingene. Sykepleierne hadde også mer positive holdninger til assistert død (Hol et al, 2022, s.105).

## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

#### 5.1.1 Land og arena for studiene

Det var hensiktsmessig å finne forskningsartikler fra land med like lover og retningslinjer for dødshjelp og livsforlengende behandling som Norge. Da vi fant gode artikler fra Norge, besluttet vi å bruke disse, på bakgrunn av rettmessig og norsk sykepleiefaglig relevans.

Ved valg av forskningsarenaer inkluderte vi flere, herunder sykehjem, intensivavdeling og universitetssykehus. Begrunnelsen for dette er at vi ønsker å belyse problemer knyttet til livsforlengende behandling og dødshjelp i norske arenaer der dette er aktuelt og avdekke likheter og forskjeller mellom disse.

#### 5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å vite hvilken kunnskap og kompetanse forfatterne hadde innenfor vårt tema var det nødvendig å undersøke bakgrunnen deres. Dermed kunne vi vurdere forskernes troverdighet og relevans for problemstillingen. Flere av artiklenes forfattere var sykepleiere med videreutdanning. Samtlige var lektorer og professorer med klinisk erfaring fra palliative avdelinger og eldreomsorg. Noen av forfatterne var overleger ved palliative avdelinger og ledere for forskningsgrupper.

#### 5.1.3 Studiens informanter

I tre av fire studier inkluderes 4 til 205 sykepleiere. Til sammen inkluderes også 4 intensivleger i studien til Gjessing et al. (2023). Gjennomsnittsalderen på disse legene var 54 år og gjennomsnittserfaringen var 21 år fra intensivavdeling. Vi ser en svakhet i studien vår, da vi bare har inkludert leger fra ett felt i studien. Likevel mener vi oppgavens representativitet styrkes da viktige sosiologiske kjennetegn som lang erfaring, og kjønnsfordelt utvalg inkluderes hos legene.

Sykepleiernes yrkeserfaring varierte fra 1 til 36 år i Brodtkorb et al. (2017), mens sykepleierne i Gjessing et al. (2023) hadde i gjennomsnitt 17 års yrkeserfaring fra intensivavdeling. Videre hadde 42% av sykepleierne i studien til Hol et al. (2022) høyere utdanning. I Van der werff et al. (2022) var avdøde fra et norsk universitetssykehus deltakere. Tatt i betraktning at dette er den eneste studien som presenterer et pasientperspektiv mener vi at det største utvalget av deltakere, med en komplett gruppe av 315 avdøde fra et stort sykehus, styrker representativitet.

Inklusjonskriteriene til studiene karakteriseres av utdanning som sykepleier eller lege, erfaring og alder. I Brodtkorb et al. (2017) ble ulike personer med helsefaglig bakgrunn fra ulike sektorer i kommunehelsetjenesten inkludert. I studien til Gjessing et al. (2023) måtte deltakerne være enten intensiv- leger eller sykepleiere, ha jobbet i minst to år, og ha erfaring med å delta i et behandlingsteam under beslutningsprosesser om å avslutte den livsforlengende behandlingen av intensivpasienter over 18 år. I Hol et al. (2022) måtte deltakerne være registrerte sykepleiere som utførte pasientbehandling på sengepost. I Van der werff et al. (2022) ble pasienter som døde innen seks timer etter innleggelse og pasienter under 18 år ekskludert. Å kun inkludere en profesjon eller et erfaringsgrunnlag svekker representativitet vi ønsker å inkludere i oppgaven. Ved å inkludere studier med forskjellige inklusjons -og eksklusjonskriterier inkluderes flere tilnærminger i oppgaven.

#### *5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode*

Vi benytter to kvantitative studier og to kvalitative studier. Kvantitative metoder egner seg godt til å sammenligne og analysere store mengder data, noe som kan gi breddeforståelse over temaet og underbygge problemstillingen. Ulempen er at man kan gå glipp av viktig informasjon som ikke kan tallfestes. Det var viktig for oss å innhente to kvalitative studier som ga informasjon om informantenes holdninger, opplevelser og tanker. Ettersom vår hensikt er å undersøke sykepleiers holdninger og begrensinger ved livsforlengende behandling ble det nødvendig å anvende kvalitative studier der flere informanter hadde argumenter og tanker rundt problemstillingen. Ved bruk av både kvalitative og kvantitative studier kan vi sammenligne harde og myke data for å se en sammenheng mellom behandlingene som gis og holdninger rundt dette.



Vi vurderer de etiske forholdene i studiene som ivaretatt, da samtlige av studiene er godkjent av regionale forskningskomiteer. I tre av fire studier var deltakerne anonyme og ga skriftlig samtykke. I gruppesamtaler var møtene konfidensielle og skriftlige resultater anonymisert. I studien til Van der werff et al. (2022) ble data innhentet gjennom pasientjournaler og godkjent av både regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og personvernombudet ved det aktuelle sykehuset.

### *5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode*

Ved hjelp av integrativ litteraturoversikt fikk vi god oversikt over artiklene og hvordan de samsvarer med vår hensikt. Denne analyseformen hjalp oss å finne meningsbærende enheter i både kvantitative og kvalitative studier for å underbygge oppgaven vår med både teoretiske og empiriske resultater. Med tanke på valget av en svært sammensatt og kompleks tematikk, kan valget av fire artikler tenkes å være en begrensing. Gjennom analysering av artiklene mener vi likevel at de belyser temaet slik vi ønsker og har mange relevante resultater.

Forskningsartiklene er skrevet på engelsk noe som forutsetter at noe nyansering av artiklene kan ha blitt tapt i oversettelsen. Vi ser på studiene med stor relevans for norsk sykepleiepraksis på flere arenaer.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### *5.2.1 Livsforlengende behandling*

Der helbredende behandling ikke er mulig, gis livsforlengende behandling. I Van der werff et al. (2022) presenteres ulike livsforlengende behandlinger som ble gitt til 315 avdøde pasienter på et norsk universitetssykehus. Behandlingene som ble gitt var ventilasjonsbehandling, intravenøs væske og antibiotikabehandling, intensivbehandling, kemoterapi og parenteral ernæring. Disse er vanlige livsforlengende behandlinger som gis i Norge. Slike behandlinger utsetter pasientens død, noe som både kan forbedre pasientens sykdomsbilde og forverre pasientens lidelse og livskvalitet ved overbehandling. Sannsynligvis bør en person som har få åpenbare plager få mer livsforlengende behandling, enn en person med uutholdelige smerter.

(NHI, 2022). Personlige ønsker om en verdig død påvirker ofte hva en anser som nytteløs behandling. (Helsedirektoratet, 2013)

Det å vurdere å starte, fortsette eller å avslutte livsforlengende behandlinger er et av de vanskeligste etiske dilemmaene i helsetjenesten. I studien til Brodtkorb et al. (2017) beskrives ernæring til døende pasienter som en særlig utfordring. Når døende pasienter slutter å spise, kan dette tolkes som et naturlig steg i dødsprosessen. Pasienten slutter å spise fordi hen dør, hen dør ikke fordi hen slutter å spise. Noen dødssyke orker ikke å bruke krefter på å få i seg næring, hos andre bidrar tilstanden deres til at følelsen av behov for mat og drikke forsvinner. I slike situasjoner sier Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 at en døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Altså gjelder rettsprinsippet om at fysisk og psykisk integritet også skal respekteres hos døende. Likevel skal også pleien som gis utføres i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette kan være et vanskelig dilemma for sykepleieren, da det å sørge for at den syke har mat og drikke, er et tydelig og grunnleggende uttrykk for omsorg. Videre kan kunstig ernæring- og væske tilførsel intravenøst eller i sonde gi økt slimproduksjon, kvalme, væskeopphopning, dyspne og forlenge dødsprosessen. (Kristoffersen et al, 2021, s. 125). Noe som kan tolkes som en forlengelse av pasientens lidelse ved livets slutt.

I Brodtkorb et al. (2017) fremkommer det at flere døende pasienter godtok væske isteden for mat, dette ble utnyttet av noen av klinikerne ved å gi pasientene kosttilskudd isteden for vann eller andre væsker. Klinikerne uttrykte splittelse i om dette var moralsk og etisk riktig å gjøre. Holdningene var motstridende i forhold til om kosttilskuddene forsvarlig støttet livet til pasienten, eller om dette var en form for lureri og tvang ovenfor pasienten. I denne situasjonen tenker vi det er viktig med en konsekvent holdning til pasientens tiltak, og at det ikke skal være avgjørende hvem som er hos pasienten. Det bør utføres individuelle vurderinger som har til hensikt å lage et felles mål for pasientens behandling, der det tas hensyn til pasientens rettigheter, behov og ønsker. Det bør kartlegges hvilken nytte eller belastning behandlingen har for pasientens velvære og verdighet.

Van der werff et al. (2022) avdekket at pasienter som fikk vedtak om å avstå fra gjenopplivning ofte fikk svært intensiv livsforlengende behandling, i forhold til pasienter som døde av kreft som ofte fikk avsluttet livsforlengende behandling. Selv om vedtaket ikke skal sees på som en oppfordring til å avslutte eller holde tilbake andre behandlinger, kan funnene indikere overbehandling hos flere pasienter ved livets slutt. Vi mener det er avgjørende at

andre livsforlengende tiltak vurderes når et slikt vedtak fattes. På den andre siden kan kreftpasienter ha et mer forutsigbart forløp mot døden, med en klarere definert palliativ fase der kreftbehandlingen avsluttes, i motsetning til andre sykdommer.

### *5.2.2 Behandlingsbegrensing*

Å behandlings-begrense kan bety å avslutte en behandling, eller å avstå fra å starte en livsforlengende behandling. Van der werff et al. (2022) legger frem at 287 av 315 avdøde pasienter hadde dokumentert vedtak om å avstå fra gjenopplivning. 40% av disse pasientene hadde ingen behandlingsbegrensinger. Resultatene fra overnevnte studie kan tyde på at helsepersonell kan oppleve det som vanskeligere å avslutte en pågående behandling enn å ikke starte en. Bakgrunnen for dette kan være at ved å avslutte en behandling føler en kanskje at en gjør et mer aktivt og drastisk tiltak, slik at prosessen påvirkes ytterligere, enn å for eksempel avstå fra gjenopplivning eller ikke gi livsforlengende behandling.

Gjessing et al. (2023) avdekket utfordringer rundt samarbeidet mellom leger og sykepleiere når det gjaldt diskusjoner om å avslutte livsforlengende behandlinger. Ofte er klinikernes overordnede holdning at behandlingen skal være palliativ, i den forstand verken forlengende eller forkorte livet til pasienten, slik som sykepleierne uttalte i Brodtkorb et al. (2017). Vi fant utfordringer som begrenser sykepleieren i målsetningen. I Gjessing et al. (2023) ble sykepleierne sjeldent inkludert i legenes diskusjoner og deres beslutninger kom ofte som overraskelser på sykepleierne. De opplevde avvisning fra legene når de sa sin mening. Når sykepleierne blir ekskludert fra å delta i diskusjoner, og avvist i sine oppfordringer, vil de ikke forstå grunnlaget for beslutningene som legene tar. Herunder blir heller ikke et sykepleieperspektiv i saken fremmet. Sykepleierne gis liten mulighet til å fremme sine synspunkter, noe som ellers kunne bidratt til en mer helhetlig tilnærming til behandlingen. Vi tror en helhetlig tilnærming krever at sykepleierne opplever respekt og tillitt fra legene og at deres innvendinger lyttes til.

### 5.2.3 Tverrfaglig samarbeid

I studien til Brodtkorb et al. (2017) var legens begrensede og fragmenterte rolle et uttalt problem, dette ga sykepleierne utfordringer og begrensinger når det gjaldt kommunikasjon, beslutninger og dokumentasjon. Da legen var utilgjengelig måtte sykepleierne ringe akuttmottaket. Akuttmottaket ga informasjon på grunnlag av forskrevne prosedyrer og vedtak, uten kjennskap til pasientene. Dersom de pårørende var uenige i beslutningene som ble tatt, ble sykepleierne stående i en frem-og-tilbake utveksling. Beslutningene skal bygge på en medisinsk og helsefaglig forsvarlig vurdering, for pasientens beste, der pasientens egne ønsker ivaretas. Videre vektlegges viktigheten av tverrfaglige diskusjoner. (Kristoffersen et al, 2021, s. 121). Vi mener at det tverrfaglige samarbeidet mellom akuttmottaket og sykepleierne på sykehjemmet må ta utgangspunkt i en helhetlig plan for pasientens og familiens samlede behov og livssituasjon. Det tverrfaglige samarbeidet bør bygge på bedre kommunikasjon og samarbeid over tid, slik at den ulike kompetansen integreres med tverrfaglig innsikt. Slik kan beslutninger lettere tas i samarbeid med ulike profesjoner og arenaer.

Gjessing et al. (2023) avdekket at legene hadde tendens til å kontrollere beslutningsprosessene. Sykepleierne uttrykte at teamet hadde gode samarbeidsrutiner når en pasient ble innlagt på avdelingen, men at dette forsvant når behandlingen gikk mot avslutning. Funnene fra studiene illustrerer begrensinger for sykepleierne som kan føre til mangelfull beredskap, som medfølger mangelfull omsorg for pasientene. Sykepleierne i Brodtkorb et al. (2017) uttrykte skyldfølelse for dette. I en slik problemstilling mener vi at administrative forhold og respekt mellom profesjonene må forbedres. Legene i Gjessing et al. (2023) oppga at de ofte diskuterte pasientsaker med hverandre, lenge før de konfererte med sykepleierne. Sykepleiernes meninger hadde dermed ikke reell betydning. Legene innrømte å vite at de hadde juridisk forpliktelse til å bruke alle tilgjengelige informasjonskilder, inkludert sykepleierne. Dette ble ikke gjort tilstrekkelig, og mangel på tid ble nevnt som en barriere. Vi mener profesjonene bør være mer bevisste over retningslinjer i forhold til samarbeid, slik at dette overholdes og ikke skaper begrensinger for noen av partene. «(...)Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (...)» (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Studiene understreker behov for å identifisere barrierer for sykepleiernes innvendinger i beslutninger om livsforlengende behandlinger. Det fremkommer behov for tidligere,

rutinemessige og tverrfaglige forbedringer. Vi mener dette krever kontinuitet, respekt og faglig samarbeid fra begge profesjoner. Et godt faglig samarbeid kan bidra til å se pasienten både fra et lege og et sykepleieperspektiv. I Gjessing et al. (2023) fremhevet legene og sykepleierne behov for daglige møter utenfor pasientens rom, hvor de ikke ville bli avbrutt, og kunne diskutere og planlegge behandling og prognose, og forklare sine synspunkter for hverandre. Legene sa at dette kunne forbedre deres evne til å se pasienten fra sykepleiernes perspektiv. Dette kan tyde på at motivasjonen for et godt tverrfaglig samarbeid ligger til grunn, men at organisatoriske og koordinerende aspekter gjør det vanskelig å overholde og rette seg etter et slikt samarbeid.

Kunnskap og erfaring blir nevnt som utfordrende for det tverrfaglige samarbeidet i Gjessing et al. (2023) og Brodtkorb et al. (2017). Klinikerne erkjenner i begge studiene et behov for bedre organisatoriske aspekter. Sykepleierne i Gjessing et al. (2023) rapporterer om ulike personligheter og relasjoner hos legene som en påvirkende faktor. Sykepleierne følte seg trygge på å ta opp diskusjoner når legen var lydhør, åpen og selvsikker, de følte seg oftere oversett når legene var uerfarne. Erfarne leger var flinkere til å tilrettelegge teammøter og lytte til andre teammedlemmer i diskusjoner om prognose og behandling. Sykepleiere samarbeider med forskjellige mennesker med ulike profesjoner. Vi mener at den enkelte yrkesutøver først må få en forståelse av hvem han eller hun er, sitt ansvarsområde og sine holdninger og meninger, deretter vil personen kunne forstå likheter og kontraster mellom ulike yrkesgrupper. Videre kan da en fellesfaglig identitet utvikles, og ulike samarbeidsformer kan være enklere å forstå. Samarbeid, koordinering og planlegging mellom yrkesgrupper er nødvendig for å kunne ta gode beslutninger i helsetjenesten og skape et godt grunnlag for tverrfaglighet.

Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål (Bredland og Linge et al. 2011, s.200). Behovet for dette er nødvendig når pasientens tilstand er komplisert, uavklart og sammensatt. I slike situasjoner mener vi det er viktig at flere fagpersoner vurderer situasjonen slik at tiltakene rettes mot et felles mål. I situasjoner vedrørende livets slutt og livsforlengende behandlinger, viser resultatene til at et slikt felles mål kan være vanskelig å definere. Sykepleierne i Gjessing et al. (2023) uttrykte utfordringer med å kommunisere kliniske vurderinger ved små endringer i pasientens tilstand til legene, og bruke korrekt fagspråk for å presentere deres observasjoner. Legene uttrykte at sykepleierne var ganske forsiktige og uklare om intensjonene sine i samtaler de tok initiativ til. Slike situasjoner krever god felles planlegging, slik at man kan finne gode måter å fatte

beslutninger på. Urealistiske forventninger til hverandres arbeidsområder blir her en utfordring. I et tverrfaglig samarbeid beveger virksomheten seg på tvers av avgrensede fagfelter (Kristoffersen et al, 2021, s.315). “Felles mål og oppgavens art kan føre til at en går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser” (Bredland og Linge et al. 2011, s.200). Dette innebærer en nødvendighet for å bryte med tradisjonelle profesjonsgrenser. For at profesjonene skal forstå hverandre og samarbeide godt, mener vi begge profesjoner bør være kreative og utvikle kunnskap på nye fagfelter, slik at samarbeidet kan bygge på et mer kunnskapsrikt grunnlag for å fremdrive ideer som utvikles i felleskap.

Videre nevnes lite tid som en begrensning for samarbeidet i Gjessing et al. (2023). Vi tror det er viktig å legge til rette for faktorer som vil gjøre samarbeidet enklere. Vi tenker dette kan bedres i form av tilrettelagte møter, godt utformede pasientopplysninger, helhetlig kartlegging av pasienten fra ulike profesjoner, forståelse for hverandres arbeidsområder og viktigst av alt, kunnskap og vilje til samarbeid på tvers av nivåer og organisatoriske enheter. Målsetningen bør være at yrkesgruppene skal påvirke hverandre og forsterke hverandres tiltak.

### *5.2.5 Etiske dilemmaer*

Gjessing et al, (2023) avdekker forskjeller mellom profesjonenes tanker rundt etiske dilemmaer og problemstillinger. Sykepleierne hevdet at mange leger nølte med å starte etiske diskusjoner omkring det å avslutte livsforlengende behandling. Legene uttrykte at sykepleierne var flinkere til å fokusere på etiske spørsmål og mer realistiske til prognoser. Noen beskrev likevel at sykepleiernes nærhet til pasientene kunne være utmattende og påvirke deres vurderinger i behandlingsbeslutninger. Sykepleiere har ofte en tettere relasjon til pasientene, dette kan også indikere at sykepleierne har bredere kunnskap og oversikt angående pasientens kliniske historie. Legene har en mer objektiv tilnærming som kan gjøre det utfordrende å ta opp etiske spørsmål. Moralske kontraster forekommer i praksis mellom legenes holdninger om å redde liv så langt det lar seg gjøre, og sykepleiernes holdninger om å lindre smerte. Sykepleierne kan oppfatte livsforlengende behandling som en forlengelse av pasientens lidelse, samt gjøre det utfordrende å skape en verdig død for pasienten. Verdighet kan stå mer sentralt hos sykepleierne, der pasienten ikke skal utsettes for forlengelse av lidelsen eller oppleve krenking av verdighet. Krenking av menneskets verdighet kan skje gjennom konkrete handlinger eller ved mangelfull etisk holdning eller ved å ikke “se”

mennesket (Erikson, 2005, s. 70). Etiske dilemmaer i livets siste fase kan være krevende å diskutere mellom lege og sykepleier, da begge vil gjøre det beste for pasienten. Det vil være viktig å ha åpne og respektfulle samtaler for å finne en felles forståelse.

Brodtkorb et al, (2017) viste at sykepleierne etterstreber å møte forventede standarder for palliativ behandling, men opplevde problemstillinger rundt livsforlengende behandling og avklaringssamtaler med pasienter som etisk utfordrende. Legenes rolle var begrenset og sykepleierne ble tillagt ansvar utenfor sin kompetanse, noe som reduserte kvaliteten på omsorgen. Sykepleiere skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som er lovpålagt (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Sykepleiere har en travel hverdag der det kontinuerlig oppstår nye utfordringer. Når sykepleiere får mer ansvar enn det som er forsvarlig vil det være en stor begrensning i arbeidet med uhelbredelige syke, der kvaliteten av omsorgen reduseres. Kari Martinsens omsorgsteori vektlegger at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker. Relasjonen bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten at det foreligger forventninger om gjenytelse (Kirkevold, 2020). Når kvaliteten på omsorgen opphører, kan dette medføre ytterligere lidelse for pasienten og en uverdigg død. Alle mennesker har i dypeste forstand samme verdi og verdighet, men sin egen oppfatning av egen verdighet (Erikson, 2005, s.70). Som sykepleier kan det være etisk utfordrende å se redusert livskvalitet hos pasienten der en forsøker å ivareta pasientens verdighet samtidig som en skal koordinere både pasientens og legens ønske for behandling. Tilbakevendende og åpne avklaringssamtaler som inkluderer pasient, lege og sykepleier kan være en løsning for å unngå krenkelse av verdighet og å gi pasienten en omsorgsfull og verdig avslutning på livet.

I studien til Hol et al, (2022) var mer enn 56% av sykepleierne enige i påstanden om at legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid. Antall henvendelser om assistert død varierte i forhold til hvor sykepleierne arbeidet. Sykepleierne som jobbet på lungeavdelinger, mottok flere forespørsler og fremmet flere positive holdninger til assistert død. På lungeavdelinger har pasientene ofte omfattende sykdomsforløp der det oppstår utfordringer med å håndtere og lindre lidelsen til pasientene. Disse sykepleierne kan være mer tilbøyelige ovenfor dødshjelp fordi de ser lidelsen uten å kunne lindre den. Kari Martinsen beskriver at omsorg er praktisk fordi en må delta aktivt og praktisk i pasientens lidelse. (Nordtvedt, 2021, s.45) For å klare dette trenger en innsikt i pasientens livssituasjon. Dersom sykepleiere anser møter med dødssyke pasienter som så skremmende at det skaper avstand mellom sykepleier og pasient, kan det være vanskelig å ta

del i pasientens livssituasjon og hjelpe den syke. Selv om aktiv dødshjelp er ulovlig i Norge må sykepleiere uavhengig av dette lytte respektfullt og anerkjenne pasienters dødsønske. Dette trenger ikke nødvendigvis være uttrykk for at pasienten ønsker hjelp til å dø, men heller frykt for fremtidig lidelse og symptomer fra sykdommen. Sykepleier må ta del i pasientens følelsesmessige erfaringer og pasientens opplevelse av at livet beveger seg mot slutten for å kunne forstå og gi hensiktsmessig omsorg (Nortvedt, 2016, s. 57).

Studien viser at de som arbeidet på palliative og onkologiske avdelinger i sterkere grad avviste dødshjelp. Dette kan ha sammenheng med at assistert død er i konflikt med prinsippene for palliativ omsorgsfilosofi, som avviser å delta i handlinger som unaturlig fremskynder døden. Sykepleiere med mer arbeidserfaring og høyere utdanning var mindre villige til å delta i beslutningsprosesser angående dødshjelp og mindre støttende til dødshjelp. Det kan være vanskelig for en ung, uerfaren sykepleier å møte pasienter i livets slutfase. Både på et menneskelig plan, der sykepleieren møter sin egen sårbarhet, og på det mellommenneskelige plan i møtet med den sykes sårbarhet (Kristoffersen et al, 2021, s. 115). Erfarne sykepleierne har gjerne kjennskap til pasienter som har blitt godt smerte lindret, der de skapte en verdig død for pasienten. Vi mener det er viktig å skape trygghet både for sykepleier og pasient, der uerfarne sykepleiere får god veiledning og støtte. Dette er en forutsetning for at sykepleiere skal kunne vise omsorg og respekt for pasientens autonomi og integritet.

### *5.2.6 Konklusjon*

I arbeid med livsforlengende behandlinger identifiseres flere begrensninger for sykepleieren. En høy andel livsforlengende behandlinger blir gitt og mange sykepleiere blir konfrontert med moralske vanskelige spørsmål, som hjelp til å dø. Sykepleiernes holdninger viser seg å være palliativt overordnet, de vil lindre smerte uten å verken forkorte eller forlenge livet, men uttrykker etiske dilemmaer ved livsforlengende behandling. Studiene indikerer at det både i sykehus og sykehjem ikke er nødvendige organisatoriske rammer for behandling av uhelbredelige syke. Legens rolle er begrenset, sykepleierne blir pålagt ansvar utenfor sin kompetanse og sykepleiernes meninger blir nedprioritert. Vi konkluderer dermed med at mangel på tverrfaglig samarbeid, respekt for profesjonene, kunnskap og erfaring og helhetlige



**[Kandidatnummer: 1863 + 1864]**

perspektiver påvirker sykepleieres holdninger og begrensinger ved livsforlengende behandling av uhelbredelige syke.

## 6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Organisatoriske aspekter for å forbedre teamtilnærmingen og senke terskelen for å bruke all kompetanse i teamet må forbedres. Mer kontinuitet mellom profesjoner kan gi bedre kvalitet på pleien, forbedre teamarbeidet og gi mulighet til å identifisere sykepleiernes holdninger og barrierer. Vi foreslår at simulering og “teambuilding” blir benyttet i større grad. Alle norske helseforetak og noen kommuner har kliniske-etikk-komiteer, som kan bistå i drøfting av etiske dilemmaer. Det er behov for at disse komiteene tas mer i bruk og synliggjøres på flere arbeidsplasser. Videre at faste etiske teammøter tilrettelegges på arbeidsplassen, der en kun tar opp etiske dilemmaer og utfordringer. På denne måten kan en skape etiske diskusjoner på tvers av profesjonene. Bedret kommunikasjon og flerdimensjonale etiske diskusjoner kan samle ulike perspektiver og skape kollektive oppfatninger og forståelser. Mer kunnskap og delte erfaringer kreves for at sykepleiere som får spørsmål om hjelp til å dø, kan se gjennom lidelse å møte den sykes sårbarhet uten usikkerhet og i samarbeid med pasient og annet helsepersonell.

Når vedtak om å avstå fra gjenopplivning fattes er det nødvendig å vurdere andre livsforlengende tiltak, slik at en kan unngå overbehandling. Tidlige og tilbakevendende avklaringsamtaler hvor ulike holdninger, retningslinjer og kreativitet kan fremmes, kan lage klarere rammer for behandling og mindre tidspress. Slik kan et team i overbelastning og etiske dilemmaer ha større forutsetninger for å agere forsvarlig og fornuftig mot et felles mål.

## REFERANSER

- Bredland, E, L. Linge, O, A. Vik, K. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse*. Gyldendal
- Brodtkorb, K., Skisland, A. V., Slettebø, Å., Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges. *Nordic journal of Nursing Research*, 37(2), 78-84. <https://doi.org/10.1177/2057158516674836>
- Bruvik, M. (2019). Hva er livskvalitet? Folkehelseforeningen. <https://folkehelseforeningen.no/hva-er-livskvalitet/>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Gyldendal.
- Erikson, K. (2005). *Det lidende menneske*. Tano Aschehoug.
- Friberg, F (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2.utg). Studentlitteratur.
- Friberg, F (2022). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2.utgave). Studentlitteratur.
- Gjessing, K., Steindal, S. A., Kvande, M. E. (2023). Collaboration between nurses and doctors in the decision- making process when considering ending the life- prolonging treatment of intensive care patients. *Nursing Open*, 10 (1), 306-315. <https://doi.org/10.1002/nop2.1305>
- Helsedirektoratet. (2013, juli). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV- 1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hem, E. (2020, 19. Mai). IMRAD. I *Store norske leksikon*. <https://sml.snl.no/IMRAD>
- Hol, H., Vatne, S., Orøy, A., Rokstad, A. M. M., Opdal, Ø. (2022). Norwegian Nurses' Attitudes Toward Assisted Dying: A Cross- Sectional Study. *Nursing: Research and Reviews*, 12, 101-109. <https://doi.org/10.2147/NRR.S363670>

Kirkevold, M. (2020). Sykepleieteori. *Store norske leksikon*. <https://sml.sn.no/sykepleieteori>

Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). *Grunnleggende sykepleie bind 1 Fag og profesjon* (4.utg.). Gyldendal.

Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). *Grunnleggende sykepleie bind 3 Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4.utg.). Gyldendal.

London, J. (1938). *Sailor on horseback*. Doubleday & company.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og juss*. (6.utg.). Gyldendal.

Norsk helseinformatikk. (2022). Livets slutt- livsforlengende behandling.

<https://nhi.no/sykdommer/eldre/diverse-problemstillinger/livets-slutt-livsforlengende-behandling?page=all>

Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (2.utg.). Gyldendal.

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3.utg.). Gyldendal.

Pasient – og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Straffeloven. (2005). *Lov om straff*. (LOV- 2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>

Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (2022). *Klinisk sykepleie 2* (6.). Gyldendal.

Ursin, L. (2023, 19. April). Dødshjelp. I *Store norske leksikon*. <https://sml.sn.no/dødshjelp>

Van der werff, H. F. L., Michelet, T. H., Fredheim, O. M., Steine, S. (2022). «Do not resuscitate» order and end-of- life treatment in a cohort of deceased in a Norwegian University Hospital. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 66 (8), 1009-1015. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/aas.14104>

**VEDLEGG 1. SØKELOGG**

Søkeda to	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
23.10.23	Cinahl	Dignity AND end of life	År: 2013-2023 Qualitative Peer reviewed	26	4	3	1
24.10.23	Cinahl	Collaboration AND Nurses AND Doctors	År 2013-2023 Qualitative Peer reviewed	8	3	2	1
25.10.23	PubMed	Do not resuscitate AND End of life treatment AND Norway OR Scandinavia	År 2013-2023 Peer reviewed	931	6	4	1
27.10.23	Cinahl	Assisted suicide AND Attitudes AND Nurses And Norway OR Scandinavia	År 2013-2023 Peer reviewed	1,597	10	6	1

## VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) ) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspek- tiv (sykeple- ier/ pasient/ pårøren- de)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Brodtkorb, K., Skisland, A. V., Slettebø, Å., Skaar, R. (2017). Nordic journal of Nursing Research Norge	Preserving dignity in end- of- life nursing home care: Some ethical challenges	Kartlegge hvordan helseperson- ell er påvirket av og håndterer etiske problem- stillinger i å avslutte livsforlengende behandling i sykehjem.	Sykeplei- er/leger	Kvalitativ tilnærming Data ble samlet inn ved hjelp av forsknings- grupper som møttes 3-4 ganger hver i løpet av et år. Hver gruppe besto av 6-8 vitenskapelige forskere og kliniske medforskere.  Gruppeintervju- ene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og analysert etter hver samling. Omsorgsetikk og etiske og juridiske prinsipper utgjorde den teoretiske forståelsen og det tolkningspersp- ektivet forfatterne gjennomgikk funnen fra.	23 sykepleiere, 2 fysioterapeuter og 1 sosionom.  Fokuset i gruppeøktene var på etiske dilemmaer som klinikerne opplevde i arbeidet sitt. Situasjonene ble beskrevet og reflektert rundt og tolket ut fra teoretisk kunnskap.	Klinikerne uttrykte utfordringer i forhold til verdighet for den døende, men ga inntrykk for å ha de beste intensjonene for pasientene.  <b>Utfordringer vedrørende livsforlengende behandling:</b> - Klinikere opplevde enkelte temaer og situasjoner som dilemmaer og følte seg ofte usikre på hva som var riktig å gjøre ved spørsmål om livsforlengende behandling.  - Legens rolle var begrenset der sykepleierne ble tillagt ansvar utenfor sin kompetanse.  - Det var usikkerhet rundt avklaringsamtaler grunnet manglende beredskap som ga redusert kvalitet på omsorgen. Det ble uttrykt et behov for tidlig avklaring og bedre organisatoriske retningslinjer.

<p>Gjessing, K., Steindal, S. A., Kvande, M. E. (2023). Nursing Open Norge</p>	<p>Collaboration between nurses and doctors in the decision-making process when considering the life-prolonging treatment of intensive care patients.</p>	<p>Utforske hvordan samarbeidet mellom intensivsykepleiere og leger er når livsforlengende behandling må vurderes å avsluttes hos pasienter på intensivavdeling.</p>	<p>Sykepleier/leger</p>	<p>Kvalitativ tilnærming med et eksplorativt design for å samle inn data fra semistrukturerte intervjuer med intensivsykepleiere og leger. Studien var designet for å innhente deltagerens erfaringer i forhold til samarbeid ved spørsmål om å avslutte livsforlengende behandling hos pasienter på intensivavdeling.</p>	<p>Studien besto av 4 intensivsykepleiere og 4 intensivleger. Intervjuene ble gjennomført digitalt via videosamtaler og lydopptak. En intervjuguide med åpne spørsmål ble brukt for å lette refleksjon og dialog med deltakerne. Intervjuene tok for seg temaer som deltagerens tanker om deres rolle, forespørsler om å beskrive konkrete situasjoner med både godt og dårlig samarbeid og kommunikasjon, rutiner og samarbeid i avdelingen, hva deltakerne anså som viktig i beslutningsprosessen og muntlige oppfølgingsspørsmål om hvert tema.</p>	<p><b>Hovedfunn:</b>                  Lytte til hverandre i beslutningsprosesser:                  - Ha en bedre team tilnærming                  - Inkludere sykepleiernes meninger og observasjoner i beslutningsprosesser.                  - Leger og sykepleiere har forskjellige perspektiver på pasientene.</p> <p>Kontinuitet og å ha tid til å legge til rette for regelmessige diskusjoner om prognose og behandlingsplaner:                  - Kontinuitet er en forutsetning for godt samarbeid rundt situasjonen.                  - Faste møtepunkter og tid for diskusjoner i team.                  - Lage behandlingsplaner og diskutere prognose tidlig i pasientens sykdomsforløp.</p>
<p>Van der werff, H. F. L., Michelet, T. H., Fredheim, O. M., Steine, S. (2022). Acta Anaesthesiologica</p>	<p>«Do not resuscitate» order and end-of-life treatment in a cohort of deceased in a Norwegian</p>	<p>Analysere klinisk praksis vedrørende «ikke-gjenoppliv» og livsforlengende behandling ved livets slutt.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvantitativ tilnærming                  To etterforskere hentet data fra pasientjournaler. For å minimere etterforskerens variabilitet ble data fra 10 poster samlet inn uavhengig</p>	<p>I studiepopulasjonen var 315 avdøde pasienter fra et norsk sykehus der gjennomsnittsalderen var 76,2 år, 48% var kvinner. De vanligste dødsårsakene var kreft,</p>	<p><b>Hovedfunn:</b>                  - 91 % hadde vedtak for å avstå fra gjenopplivning.                  Andre behandlingsbegrensninger:                  - Samtidig som vedtak om å avstå fra gjenopplivning ble gitt ble det besluttet å ikke gi invasiv ventilasjon hos 57% av pasientene. Mer</p>

Scandinavia Norge	University Hospital.			<p>av begge forskerne og sammenlignet før alle 4 forfatterne bestemte seg for klassifisering i tilfeller av tvil eller uoverensstemmelser.</p> <p>I tilfeller med usikkerhet angående klassifisering av variabler under datainnsamlingen ble pasientfilen gjennomgått av en annen forfatter.</p>	infeksjonssykdommer og hjerte- og kar sykdommer.	<p>omfattende behandlingsbegrensninger ble besluttet hos 13 % av pasientene, mens 40% ikke hadde andre behandlingsbegrensninger.</p> <p>Behandling siste leveuke:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De hyppigst gitte livsforlengende behandlingene var intravenøs væske hos 70% av pasientene, antibiotika hos 63% og 36% av pasientene fikk intensiv behandling i løpet av sin siste leveuke.</li> </ul>
Hol, H., Vatne, S., Orøy, A., Rokstad, A. M. M., Opdal, Ø. (2022). Nursing: Research and Reviews Norge	Norwegian Nurses' Attitudes Toward Assisted Dying: A Cross-Sectional Study.	Undersøke norske sykepleiers holdninger til dødshjelp og hvor mye sykepleiere mottar henvendelser fra uhelbredelige syke pasienter om hjelp til å dø.	Sykepleier	<p>Kvantitativ tilnærming</p> <p>Utvalget ble rekruttert fra 4 sykehus og et hjemmetjenestedistrikt.</p> <p>Forskerne utformet et elektronisk spørreskjema med 15 elementer på en sikker nettplattform. Spørreskjemat inkluderte 8 spørsmål fra NOBAS, et validert spørreskjema som måler holdninger til assistert død.</p> <p>Respondentene ble bedt om å rangere sine meninger på en 5- punkts</p>	Totalt 205 sykepleiere med bachelorgrad deltok. 91% av respondentene var kvinner, 38% var 20-29 år, og 42 % hadde høyere utdanning.	<p><b>Hovedfunn:</b></p> <p>58% av deltakerne hadde minst 1 gang mottatt forespørsler fra pasienter om dødshjelp.</p> <p>Sykepleiere som jobbet på lunge avdelinger og palliative team fikk signifikant flere forespørsler enn sykepleiere som jobbet på andre avdelinger.</p> <p>Andelen deltakere som var noe eller sterkt enige i legalisering av eutanasi var større enn andelen som var noe eller sterkt uenig.</p> <p>For den eldste aldersgruppen, over 50 år, var oddsen for høyere grad av enighet 84 % lavere sammenlignet med den yngste aldersgruppen, 20-29 år.</p> <p>Å ha en etterutdanning i sykepleie reduserte sjansene for høyere grad av enighet med eutanasi</p>



[Kandidatnummer: 1863 + 1864]

				<p>Likert- skala, fra 1= helt enig til 5= Helt uenig. De inkluderte også et spørsmål for å finne ut om deltakerne hadde mottatt forespørsler om assistert død fra pasienter, i så fall hvor mange ganger. Svartiden for spørreundersøkelsen var ca. 10 min.</p>		<p>med 54 % sammenlignet med de med en bachelorgrad.</p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------