

Hvordan opplever sykepleiere sin rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling?

Kandidatnummer: 539 og 671
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8996
Dato:03/01-2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 03/01-2023
<p>Tittel</p> <p>Hvordan opplever sykepleiere sin rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling?</p>	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p>Hvordan opplever sykepleiere sin rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u></p> <p>Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget beskriver sykepleiers rolle og funksjon i forhold til livsforlengende behandling. Deretter utdypes hva livsforlengende behandling innebærer og beslutningsprosessene knyttet til livsforlengende behandling. Videre presenteres Yrkesetiske retningslinjer, lovverk, hvordan viktige etiske perspektiver anvendes og til slutt kommunikasjon ved beslutningsprosesser tilknyttet livsforlengende behandling.</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>I denne litteraturstudien er teoretisk og forskningsbasert kunnskap benyttet for å belyse problemstillingen. Fire forskningsartikler er også benyttet samt eksisterende faglitteratur og offentlige publikasjoner.</p> <p><u>Drøfting:</u></p> <p>I resultatdiskusjonen drøftes sykepleiers opplevelser av sin rolle og den ønskelige rollen i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling opp mot teoretiske, juridiske og etiske aspekter.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <p>Resultatene viste at sykepleierne opplevde å ikke bli inkludert med unntak av sykepleiere med videreutdanning som opplevde å bli involvert i større grad i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling. Det å ikke bli inkludert førte til at sykepleierne</p>	

opplevde moralsk stress som maktesløshet og frustrasjon som bidro til utbrenthet. Funnene viser at sykepleierne ønsker å ha en mer delaktig rolle i beslutningsprosessen, men at de ikke er villig til å ta medansvar for en avgjørelse. I resultatdiskusjonen fremkommer det ulike strategier for å gi sykepleiere en direkte rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling. Dette er blant annet å introdusere sykepleiere som beslutningstrener, opplæring i forhåndsplanleggingssamtaler og deltakelse på informasjonsmøter blir nevnt.

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Sykepleierfaglig relevans	2
1.3 Hensikt og problemstilling	3
1.4 Avgrensning	3
1.5 Begrepsavklaring	3
2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1 Sykepleierens rolle og funksjon	4
2.2 Livsforlengende behandling	5
2.3 Beslutningsprosesser ved begrenset livsforlengende behandling	5
2.4 Yrkesetiske retningslinjer	7
2.5 Lovverk	8
2.6 Viktige etiske perspektiver	10
2.7 Kommunikasjon ved livsforlengende behandling	11
3 Metode	13
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	14
3.3 Øvrige fag- og forskningslitteratur	17
4 Resultater	17
4.1 Presentasjon av artiklene i matrise	17
4.2 Syntese av resultatene	20
5 Diskusjon	21
5.1 Resultatdiskusjon	21
5.1.1 Sykepleiers rolle i beslutningsprosessen	22
5.1.2 Kommunikasjon i beslutningsprosessen	24
5.1.3 Moralsk stress	25
5.1.4 Overbehandling og livskvalitet	26
5.1.5 Involvering av sykepleiere	28
5.2 Metodediskusjon	30
5.2.1 Litteraturstudie som metode	30
5.2.2 Litteratursøk	30
5.2.3 Utvelgelse/inkludering av artikler	30
6 Konklusjon	33
Referanseliste	35

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Alvorlig syke pasienter blir ofte behandlet med full intensivmedisinsk innsats til tross for svært dårlig prognose (Vangsnes, 2018). Muligheten til å forlenge livet fører til at mange pasienter gjennomgår langvarig sykehusopphold preget av mye ubehag, lidelse og sorg før de dør. 6 av 10 sykepleiere har opplevd å gi livsforlengende behandling til pasienter som de mener ikke var gunstig for pasienten (Hofstad, 2019). I virkeligheten er det ikke livet som forlenges, men selve dødsprosessen (Vangsnes, 2018).

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal man gi pasienten medbestemmelse i egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent er det nødvendig med opplysninger fra pasientens nærmeste pårørende og helsepersonell som kjenner pasienten godt (Helsedirektoratet, 2013, s. 21). Pårørende skal ikke få ansvaret for å ta vanskelige avgjørelser. Derfor er det viktig at sykepleiers faglige og etiske refleksjoner om pasientens rett til å dø og hva som gir pasienten en god død tas i betraktning i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling (Helmers, 2016).

Det er legen som tar beslutningene i henhold til livsforlengende behandling, mens sykepleiers rolle i beslutningsprosessen rundt behandling er udefinert (Helmers, 2017). Samtidig er det sykepleier som har hyppigst og nærmest kontakt med pasienten. Legers plikt er å sørge for å redde liv, nesten for enhver pris. Det kan forstås som at legene blir et offer for egen rolle og funksjon når de må innse at det ikke er mer å gjøre (Rønsen, 2018). Derfor opplever sykepleiere at de har ulike formål med behandlingen. Sykepleiere handler ut fra et omsorgsperspektiv, mens legene handler ut fra et behandlingsperspektiv (Sakariassen, 2017). Det kan være utfordrende å argumentere overfor både lege og pårørende om at behandlingen er uetisk når sykepleier ikke har en definert rolle (Helmers, 2017).

Det er smertefullt når man som sykepleiere må forholde seg til pasienters unødvendige lidelse som følge av medisinsk behandling (Vangsnes, 2018). På den ene siden vil behandlingen forlenge livet, men på en annen side kan behandlingen resultere i bivirkninger som minsker livskvaliteten. Ved livsforlengende behandling må den mulige livsforlengelsen, vurderes opp

mot eventuell forverring av livskvaliteten. Sykepleiere kan oppleve å stå i skvis mellom pasientens beste og legers avgjørelser om behandling. Noen ganger kan det å unnlate å gi livsforlengende behandling, regnes som den beste medisinske behandlingen (Vangsnes, 2017).

Mangel på kunnskap om livsforlengende behandling og involvering av sykepleiere i beslutningsprosessen kan potensielt føre til unødvendig mye lidelse og overbehandling (Rønsen, 2017). Sykepleiere er pliktig til å gi pasienten en verdig død (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dersom fokuset flyttes fra unødig livsforlengende behandling til god omsorg og lindrende tiltak i rolige omgivelser kan det gi alvorlig syke pasienter en bedre og verdig avslutning på livet (Rønsen, 2017).

Ved å belyse dette temaet økes forståelsen av hvordan sykepleiere mener vi kan få en delaktig rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling og bidra til bedre behandling av den kritisk syke pasienten.

1.2 Sykepleierfaglig relevans

Både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil helsepersonell møte pasienter hvor spørsmålet om en skal begrense livsforlengende behandling bli aktuelt. Det er behandlingsansvarlig lege som treffer den endelige beslutningen, men slike avgjørelser bør alltid drøftes i det tverrfaglige behandlingsteamet rundt pasienten. Sykepleiere er som regel en del av slike behandlingsteam (Helsedirektoratet, 2013, s. 5).

Sykepleieren skal være pasientens «advokat» og talerør. Det er derfor viktig at sykepleieren som jobber tett med pasienten kommer med sin anbefaling selv om behandlende lege har siste ord i saken. Denne rollen gjenspeiler seg i yrkesfaglige retningslinjer for sykepleiere som sier at sykepleieren skal delta aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidra til at pasientens stemme blir hørt (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

1.3 Hensikt og problemstilling

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan sykepleiere opplever å ta del i beslutningsprosessen ved behandlingsbegrensning tilknyttet livsforlengende behandling, samt hva som er sykepleiers faktiske rolle i slike beslutningsprosesser.

Problemstillingen er: *Hvordan opplever sykepleiere sin rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling?*

1.4 Avgrensning

Problemstillingen tilsier at noen avgrensninger er nødvendig. Beslutningsprosessen ved livsforlengende behandling er et vidt tema. I denne sammenhengen omhandler beslutningsprosessen begrensningen av livsforlengende behandling. Behandlingsbegrensning betyr både å avslutte eller ikke sette i gang potensiell livsforlengende behandling (Magelssen og Førde et al., 2020, s. 118). I denne oppgaven har vi valgt å inkludere begge formene for behandlingsbegrensning. Konteksten er sykepleiere som jobber i en sykehussetting. Pasientgruppen innebærer personer over 18 som er akutt og kritisk syke hvor en avgjørelse om begrensning av livsforlengende behandling er nødvendig. Barn og unge under 18 år ekskluderes fra denne studien. Pasient og pårørendes perspektiv vil ikke bli tatt med i denne oppgaven. Vi tar heller ikke for oss temaet aktiv dødshjelp (eutanasi) da yrkesetiske retningslinjer tar avstand fra assistert selvmord (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

1.5 Begrepsavklaring

Beslutningsprosess: Beslutningsprosesser om begrensning av livsforlengende behandling kan være aktuelle både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Denne studien vil fokusere på rollen og påvirkningen sykepleiere ansatt ved sykehus har i slike beslutningsprosesser.

Livsforlengende behandling: Livsforlengende behandling defineres i denne sammenheng som behandling der helbredende behandling ikke er mulig og som potensielt utsetter pasientens død (Helsedirektoratet, 2019, s. 4).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Sykepleierens rolle og funksjon

Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Sykepleierne skal ikke misbruke makten som fagperson til egen vinning eller personlige fordeler, men bruke kunnskapen til å fremme den gode omsorgen (Sneltvedt, 2017, s. 99). Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, yter faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og respekterer pasientens rett til å være medbestemmende og ikke bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Takket være fremskritt innenfor moderne behandling har pasienter mulighet til livsforlengelse. All behandling skal være til pasientens beste, men man kan stille spørsmål om livsforlengende behandling er etisk riktig i alle tilfeller (Helsedirektoratet, 2013, s. 4). Livsforlengelse kan og bidra til forlengelse av lidelse. For å kunne vurdere, observere og utføre tiltak for å hjelpe den kritisk syke pasienten må sykepleieren ha gode kunnskaper om pasientens diagnose, fysiologi, patofysiologi og behandling (Holter, 2015, s. 117). Sykepleieprofesjonen innebærer et unikt pasientmøte som kombinerer faglige kunnskaper og et personlig engasjement for pasienten og deres pårørende. Pasientens verdier må trekkes inn i beslutningsprosessen (Helsedirektoratet, 2013, s. 1). Grunnet tett sykepleier-pasient relasjon er det naturlig å anse sykepleier som en bidragsyter med nyttig informasjon ved livsforlengende behandling. Sykepleiere må bruke kliniske vurderinger og sin subjektive følelse og omsorg for å hjelpe pasienten i å oppnå, opprettholde eller gjenopprette det pasienten selv opplever som et leveverdig liv (Holter, 2015, s. 113). Det krever evne til situasjonsbasert forståelse, at observasjoner og relevans vurderes utfra den enkelte pasientens situasjon og forutsetninger (Holter, 2015, s. 112). Disse kunnskapene og verdiene danner et godt grunnlag for å gi helsehjelp til pasienter der det vurderes begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 1). Helsehjelp skal være basert på gode medisinske, helsefaglige og etiske vurderinger som respekterer pasientens rettigheter.

Helsehjelp til pasienter med dårlig prognose kan være utfordrende på mange måter (Helsedirektoratet, 2013, s. 1). Sykepleier har en viktig rolle når det kommer til å stille seg

kritisk og konstruktiv til utøvelsen av sykepleiefaget. Når en sykepleier setter spørsmål ved den livsforlengende behandlingen, er dette basert på det profesjonelle skjønnnet. Det profesjonelle skjønnnet baserer seg på tre elementer: kunnskap, verdier og praktisk erfaring. Skjønn er en forutsetning for individualisert behandling og er nødvendig i bruken av den generelle kunnskapen og regler ved enkelttilfeller. I situasjoner der dette mangler, er skjønn spesielt viktig (Holter, 2015, s. 113).

Sykepleiere må bidra til forbedringstiltak, fagutvikling og forskning og være aktive medspillere i arbeidet med å etablere, vedlikeholde og videreutvikle profesjonen. Det tverrfaglige samarbeidet i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling er viktig, og sykepleier må bidra til gode fagmiljøer i samarbeid med andre profesjoner. Sykepleieren har en spesielt viktig rolle da de er kvalifisert til å vurdere hvilken helsehjelp som er nødvendig og har døgkontinuerlig oversikt over pasienten (Holter, 2015, s. 117).

2.2 Livsforlengende behandling

I denne sammenheng menes livsforlengende behandling den behandlingen som gis ved uhelbredelig sykdom til pasienter med kort forventet levetid. Behandlingen rettes ikke mot kurativ behandling, forebyggende behandling eller behandling av psykiske lidelser.

Behandlingen kan utsette døden med timer, dager eller uker (Helsedirektoratet, 2013, s. 7).

Eksempler på livsforlengende behandling kan være dialyse ved nyresvikt, intravenøs ernæring- og væskebehandling, tilkobling av sondemat, teknisk organstøtte, eller nedlegging av magesonde, hjerte- lungeredning ved hjertestans, antibiotika og kjemoterapi (Lillemoen, 2015, s. 326).

2.3 Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling

Pasienten har rett til å medvirke når det skal fattes beslutninger som omhandler deres behov for helsehjelp. Når pasienten selv ikke kan delta i disse beslutningsprosessene kan helsepersonell møte på etiske problemer. Det er krevende å vurdere hva som er til pasientens beste, spesielt når det gjelder alvorlig syke pasienter som uten livsforlengende behandling vil dø innen kort tid (Lillemoen, 2015, s. 325 - 326).

Den nasjonale veilederen for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013) skal kvalitetssikre beslutningsprosessene som knyttes opp mot det å ikke sette i gang eller å avslutte livsforlengende behandling hos alvorlig syke pasienter med dårlig prognose. Pasientgruppen omfatter personer som uten livsforlengende behandling kun har dager eller uker igjen å leve. Veilederen danner rammene rundt disse beslutningsprosessene og er et hjelpemiddel for behandlingspersonell, pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2013, s. 4).

Forhold hvor det kan være etisk forsvarlig å vurdere begrensning av livsforlengende behandling, kan deles inn i fem kategorier.

1. *Når pasienten ber om det.* Pårørende kan også videreformidle pasientens ønsker.
2. *Behandlingen forlenger en plagsom dødsprosess* hvor aktiv behandling kan hindre en god livsavslutning.
3. *Behandlingen forlenger et liv med store plager* hvor behandling muligens kan føre til overlevelse, men behandlingens fysiske eller mentale konsekvenser vil være veldig alvorlige og plagsomme.
4. *Varig opphør av høyere mentale funksjoner* hvor pasienten er i en varig vegetativ tilstand.
5. Den siste kategorien er *koma* hvor pasientens prognose indikerer en irreversibel tilstand uten utsikter til bedring (Helsedirektoratet, 2013, s. 7).

Beslutninger om å gi eller begrense livsforlengende behandling må være basert på de sikreste vurderingene etter de medisinske forholdene, diagnoser og prognoser. Alle avgjørelser skal være forankret i faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Verdivurderinger vektlegges hvor det medisinske grunnlaget ikke gir tydelige retningslinjer for hva som er faglig forsvarlig. I veilederen presiseres det at beslutningen om å begrense livsforlengende behandling skal fattes av behandlingsansvarlig lege, men avgjørelsen bør alltid bygge på drøftinger i det tverrfaglige behandlingsteamet rundt pasienten. Sykepleieren inngår i dette behandlingsteamet og er den som har ansvaret for pleie og omsorg, i tillegg til oppfølging av medisinsk behandling og er den som har mest kontakt med pasient og pårørende (Lillemoen, 2015, s. 326). Ved å inkludere synspunktene fra medlemmene i behandlingsteamet sikres viktig informasjon som bidrar til å fatte en beslutning (Helsedirektoratet, 2013, s. 16).

Det å ta rett avgjørelse når det gjelder å avslutte livsforlengende behandling eller ikke, kan være en kilde til uenigheter. Både innad i beslutningsteamet og mellom pasient, pårørende og beslutningssteamet. Veilederen kommer med noen anbefalinger som for eksempel å ta kontakt med klinisk etikk-komité ved uoverensstemmelser rundt diagnose, prognose og medisinsk behandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 21).

2.4 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer omhandler sykepleierens forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn. De er ment å gi sykepleierne redskaper for refleksjon, faglig argumentasjon og retning for handlinger i praksis. Som sykepleier møter man mennesker som permanent eller midlertidig er ute av stand til å ivareta egne interesser og sykepleieren er fagpersonen med makt. Den makten må ivaretas på en moralsk og forsvarlig måte og legger grunnlaget for en yrkesetisk kodeks, kjent som de yrkesetiske retningslinjene. De yrkesetiske retningslinjene slår fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Verdiene som retningslinjene baserer seg på er barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Dette har sentral betydning for ivaretagelsen av pasienten (Sneltvedt, 2021, s. 99).

Norsk Sykepleierforbund har som mål å sikre høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleierne og er de som reviderer de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie. I 2019 reviderte forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund de yrkesetiske retningslinjene. Det omfatter blant annet et nytt punkt om at sykepleiere skal utvise digital dømmekraft og opptre bevisst i den digitale verden (Sneltvedt, 2021, s. 98). I 2021 reviderte International Council of Nurses (ICN) de internasjonale retningslinjene for sykepleie. Endringene har satt søkelys på omsorg på globalt nivå og retningslinjene har blitt langt mer omfattende (Sykepleien, 2021). Både nasjonale og internasjonale retningslinjer for sykepleie baserer seg på menneskerettigheter og tar utgangspunkt i at alle mennesker har ukrenkelige verdi. I tillegg er det fire etiske prinsipper som har betydning i sykepleie: respekt for autonomi, velgjørenhet, ikke skade, og rettferdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Følgende punkter har særskilt relevans for oppgavens problemstilling og tema:

1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

2.5 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

2.10 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

2.11 Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidrar til at pasientens stemme blir hørt.

2.12 Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene.

2.13 Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi) og hjelper ikke pasienten til selvmord.

3.4 Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres.

Sykepleieren har et etisk, faglig og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og må yte helsehjelp uavhengig av personlige følelser (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Utøvelse av livsforlengende behandling og omsorg må skje i tråd med norsk lov. Derfor er pliktene og rettighetene uttrykt i gjeldende lovverk, som for eksempel helsepersonelloven, lov om pasientrettigheter, lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten.

2.5 Lovverk

Helsepersonell skal yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp slik det fremkommer i både helsepersonelloven §4 *Forsvarlighet*, samt kapittel 3 og 4 i Pasient- og brukerrettighetsloven.

§4 Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvide 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).

I rundskrivet til helsepersonelloven kommer det frem at forsvarlighetsbegrepet ikke kun begrenses til medisinsk og faglig forsvarlighet. Begrepet forsvarlighet er i tillegg en rettslig standard som endres med faglige fremskritt og endrede verdioppfatninger.

Helsepersonell er lovpålagt å følge de til enhver tid gjeldende faglige normer og retningslinjer. God kunnskap om etikk og juss kreves for å utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2022).

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

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-9).

Loven gir pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. I henhold til andre ledd i pasient og brukerrettighetslovens § 4-9 har døende pasienter rett til å nekte å motta livsforlengende behandling. Helsepersonell har og et selvstendig ansvar for å vurdere og beslutte om pasientens ønske er å avslutte livsforlengende behandling og at dette ønske respekteres. Samtidig er informert samtykke hovedregelen for all helsehjelp (Magelssen og Førde, 2020, s. 121).

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

§ 4-2. Krav til samtykkets form

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap. 3 og 4).

Et informert samtykke innebærer at pasienten må ha fått god informasjon, pasienten må være beslutningskompetent og samtykke må være frivillig. (Pedersen, 2020, s. 65). Derfor bør ønsket om å ikke motta behandling fra en beslutningskompetent pasient respekteres på lik linje med en pasient som er døende (Magelssen og Førde, 2020, s. 121).

2.6 Viktige etiske perspektiver

Det er fire etiske prinsipper som har sentral betydning i sykepleie: Velgjørhetsprinsippet, ikke-skadep prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Som sykepleier vil man ofte møte en situasjon med et etisk problem hvor man må se hvordan hvert prinsipp involveres i situasjonen (Norsk Sykepleierforbund, 2021). Prinsippene blir sett på som likeverdige, og ingen er viktigere enn de andre. I utgangspunktet forpliktes man til å følge prinsippet en vektlegger, med mindre det går på akkord med ett eller flere av de andre prinsippene. Det vil si at de etiske prinsippene må vurderes opp mot hverandre i møte med hver enkelt situasjon. Det er likevel ikke selve prinsippet, men hva hvert prinsipp innebærer som veies opp mot hverandre. Opplysningene som har etisk relevans vektlegges i motsetning til informasjon som anses som moralsk irrelevant. Eksempelvis vil en i enkelte situasjoner tilsidesette autonomiprinsippet, da personen en møter ikke har kompetanse til å forstå hva de svarer på. Likevel skal en tilstrebe størst mulig ivaretagelse av autonomiprinsippet i den aktuelle situasjonen. For eksempel ved å respektere personens fysiske motstand mot et tiltak (Brinchmann, 2021, s. 85-86).

Velgjørenhets - og ikke-skadeprinsippet vektlegger at fordelene veier opp for ulempene som behandlingen medfører. Dette er sjeldent lette beslutninger å fatte, spesielt hvis døden er nært forestående. Sentralt i problemstillingen er hva som er de beste løsningene for pasienten basert på medisinsk og helsefaglig kunnskap, og som i tillegg utfra et personsentrert perspektiv ivaretar pasientens verdier og interesser (Helsedirektoratet, 2013, s. 9).

Autonomiprinsippet omhandler plikten til å respektere autonome personers beslutninger og anses som et sentralt etisk og juridisk prinsipp. Pasientens rett til informasjon og medvirkning inngår og i prinsippet. Retten til selvbestemmelse er i hovedsak knyttet til retten til å nekte behandling. I slike situasjoner må man vurdere om pasienten har fått god nok informasjon, er kompetent, hvilke preferanser pasienten har og om pasienten er fri fra ytre press om avgjørelsen (Brinchmann, 2021, s. 89).

2.7 Kommunikasjon ved livsforlengende behandling

For å på best mulig måte delta i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling trenger sykepleieren informasjon og innsikt i pasientens situasjon og opplevelse. I tillegg krever det at pasienten sikres nok og fullverdig informasjon til å gi et informert samtykke eller frasi seg behandling. Da er kommunikasjon avgjørende.

Alvorlig syke og døende pasienter vil befinne seg i ulike faser og ha ulike behov for informasjon og medvirkning. I den terminale fasen skal målene for pleie og behandling revurderes i den hensikt å lindre lidelse i tråd med pasienten og pårørendes ønsker (Sneltvedt, 2021, s. 103). Det er viktig å gi god og utfyllende informasjon til pasient og pårørende for å unngå usikkerhet og uenighet. Når og hvordan begrensningen av livsforlengende behandling skal skje er ikke et enkelt tema å diskutere med pasienter og pårørende. Helsepersonell opplever at temaet unngås og det er tilfeller der det ikke blir gitt tilfredsstillende informasjon. Sykepleiepraksisen byr på mye arbeid og manglende tid, men dette kan ikke forhindre at disse samtaler tas. Det er ledelsen i både spesialist- og kommunehelsetjenesten som står ansvarlig for å sikre tid, kompetanse og rutiner for slike samtaler (Helsedirektoratet, 2013, s. 18).

Naturlige tidspunkter å ta opp spørsmål om livsforlengende behandling kan være ved forverring av sykdom, når kurativ behandling går over i palliativ, organsvikt som krever teknisk understøtte (respirator, dialyse, hjertepumpe etc.) eller når pasientens prognose er svært dårlig. Dersom pasient og pårørende har mangelfulle språkferdigheter må det benyttes tolk. Det kan være et ukomfortabelt tema, og manglende tid og rutiner er faktorer som bidrar til unngåelse av samtalen om begrensning av livsforlengende behandling. Ved å gi god informasjon om behandling, bivirkninger og den naturlige dødsprosessen, vil det kunne bidra til veloverveide valg og råderett over eget liv (Helsedirektoratet, 2013, s. 20).

God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient forutsetter at pasienten har selvbestemmelse og medbestemmelse. Dersom samtykkekompetansen senere skulle mangle, er det viktig å ha gitt pasienten muligheten til å uttrykke sine retningsgivende preferanser og ønsker før dette eventuelt skulle skje. Her er det viktig med fokus på pasientens ønsker, ikke hva helsepersonell og pårørende ønsker. Samtidig er det viktig at det ikke forventes at pårørende skal ta avgjørelser i situasjoner der pasienten ikke klarer det. Personer uten medisinsk erfaring forstår ikke nødvendigvis hvor belastende livsforlengende behandling kan være, og de kan heller ikke vurdere prognosen (Vangsnes, 2018).

Det er viktig å spørre pasienten hva de ønsker dersom tilstanden skulle forverres. Ved å avklare beslutningsprosessen om livsforlengende behandling med pasienter og pårørende mens pasienten har beslutningskompetanse legger man grunnlag for gode beslutninger ved akutt sykdom og uventede hendelser. I tillegg sikrer man god og individuell behandling og tar hensyn til pasientens verdier og ønsker i den siste fasen av livet. Det anbefales at samtalene skjer så tidlig som mulig, men tidspunktet må tilpasses den enkelte pasient og de pårørende. Innholdet i disse samtalene skal dokumenteres i pasientens journal og kommuniseres med resten av behandlingsteamet. På denne måten opplyses alle involverte, selv ved en eventuell innleggelse eller overføring. Pårørende kan være til stede dersom pasienten selv ønsker det. Noen pasienter undertegner *Mitt livstestament* på et tidlig stadium. Det er en erklæring om at man ikke ønsker livsforlengende behandling ved ulykke eller uhelbredelig sykdom (Sneltvedt, 2021, s. 103).

Ved å ha ledende spørsmål om hva pasienten tenker om fremtiden og bruke skjønn kan man se om pasienten vegrer seg for å snakke om temaet eller ikke. Det er ofte sykepleier eller annet pleiepersonell som har nær kontakt med pasienten som først fanger opp om pasienten

ønsker å snakke om temaet livsforlengende behandling. Hvis dette er tilfellet og pasienten ønsker det, skal det videreformidles og følges opp av behandlingsansvarlig lege. Pasienter og pårørende bør bli spurt om hvor mye informasjon og detaljer de ønsker å få og hvor mye de ønsker å delta i beslutningsprosessen. Noen pasienter kan føle seg krenket av å bli stilt spørsmål om livsforlengende behandling. Derfor er det svært viktig å avklare om pasienten ønsker å involveres eller ikke. Hvis det er ønskelig må tjenesteyter spørre pasienten om de ønsker at deres nærmeste pårørende blir informert.

Dersom det oppstår interessekonflikt mellom de ulike partene i beslutningsprosessen, kan situasjonen bli svært uheldig. Det kan for eksempel være uenighet mellom pårørende og sykepleier om hva som er det beste for pasienten, eller sykepleierne seg imellom. Faglig uenighet bør løses opp under diskusjoner der det beste faglige argumentet vinner. På denne måten opptrer sykepleierne likt med samme utgangspunkt overfor pasient og pårørende (Sneltvedt, 2021, s. 105).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie der man ønsker å utforske sykepleiers rolle knyttet til livsforlengende behandling. I en litteraturstudie henter man data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2021, s. 199). Resultatene fra dataene skal analyseres for så å trekke en konklusjon med klinisk anvendelse (Popenoe et. al, 2021).

En litteraturstudie starter med å formulere en problemstilling for så å definere populasjonen og videre gjennomføre systematiske søk etter relevant forskning i vitenskapelige databaser. Når dette er gjort skal vi syntetisere, analysere og presentere resultatene fra de ulike studiene. Når søkene er fullført og vi har funnet studiene som belyser problemstillingen med de valgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene, starter dataanalysen. De valgte forskningsartiklene presenteres i artikkelmatriser hvor studienes hensikt, metode og funn beskrives. Videre i analyseprosessen vil hver forskningsartikkel bli analysert for å finne resultatene som svarer på vår problemstilling. Resultater som ikke besvarer problemstillingen vil bli skilt ut og ikke tatt med videre i oppgaven. Videre vil resultatene som er relevante for å kunne besvare problemstillingen summeres og presenteres i en egen syntese. Til slutt grupperes funnene tematisk i ulike kategorier som svarer på problemstillingen (Popenoe et al, 2021).

Det er vanlig å skille mellom kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder. Valg av metode avhenger av hva en ønsker å finne svar på gjennom problemstillingen. Dersom en ønsker å undersøke risikofaktorer, assosiasjoner og prevalens er kvantitativ metode best egnet (Popenoe et al, 2021). Fordelen med kvantitativ metode er at den gir data i form av målbare enheter som for eksempel statistikk (Dalland, 2021, s. 54). Problemstillinger om erfaringer, holdninger og oppfatninger kan besvares gjennom å bruke kvalitativ metode (Popenoe et. al, 2021). Den kvalitative metoden søker å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2021, s. 54). Vår problemstilling søker å besvare hvilke opplevelser sykepleiere har rundt sin rolle i beslutningsprosessen om begrensning av livsforlengende behandling. Derfor har vi valgt å kun bruke kvalitativ forskning i denne oppgaven.

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

I startfasen benyttet vi oss av ustrukturerte søk i Cinahl og Google Scholar for å få en oversikt over litteraturen som eksisterte rundt temaet vi ønsket å skrive om. På denne måten kunne vi utforske relevante søkeord for tematikken. Søkeordene vi fant i relevante artikler, benyttet vi til å utføre strukturerte søk i Cinahl. De kombinerte søkeordene var: «Palliative care», «Nurse Attitudes» og «Decision making» som førte til fire artikler. Den ene artikkelen var fra 2009, noe vi anså som en svakhet da den var eldre enn ti år. Derfor fortsatte vi å gjøre ustrukturerte søk i Cinahl for å holde oss oppdatert på forskningen om temaet. Ved å søke med et fjerde relevant søkeord, «Life prolonging treatment» fant vi en artikkel fra november 2022 vi ønsket å inkludere. Ved å kombinere det første strukturerte søket med det andre søket og huke av OR fikk vi alle fire artiklene under et søk.

Vi avgrenset søket ved å kun inkludere kvalitative studier da vår problemstilling søker å belyse sykepleiers opplevelser. Kvalitative studier egner seg best til dette da de i større grad fanger opp skjønn, opplevelser og situasjoner. Vi ønsket ikke å inkludere kvantitative studier da problemstillingen ikke egner seg til å kvantifiseres og fremstilles med tall (Dalland, 2021, s.71).

I litteraturstudien ønsket vi å utforske sykepleiernes opplevelser rundt sin rolle i beslutningsprosessen ved livsforlengende behandling, og har dermed ikke tatt med pasient- og pårørende perspektiv. Kritisk syke barn og ungdom havner som regel i spesialisthelsetjenesten og vi ønsket å begrense oss til voksne over 18 slik at sykepleiere uten videreutdanning kan relatere. Målet med problemstillingen er å belyse et dagsaktuelt tema som baserer seg på nyere forskning, og dermed er studier som var 10 år eller nyere inkludert, mens studier eldre enn 10 år ble ekskludert.

Det er kun én av artiklene som er norsk, men de tre andre artiklene mener vi er overførbare da opplevelser, sted og kontekst inneholder likhetstrekk.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvalitative studier	Kvantitative studier
Voksne personer over 18	Barn og ungdom
Sykehussetting	Sykehjem
Sykepleieperspektiv	Pasient- og pårørende perspektiv
Studier 10 år eller nyere	Studier eldre enn 10 år

Studier som kan overføres til norske forhold	Artikler som ikke har overføringsverdi
Fagfellevurderte artikler	

Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Cinahl, 15/11-22
Søkeord og kombinasjoner	Decision making+ AND Nurse attitudes AND Palliative Care OR Life prolonging treatment
Avgrensninger i søket	2012-2022
Antall treff totalt	151
Antall gjennomleste titler	151
Antall gjennomleste abstrakt	5
Antall gjennomleste fulltekstartikler	4
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4
The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study	Bos-Van den Hoek, D., Thode, M., Jongerden, I. P., Van Laarhoven, H. W. M., Smets, E. M. A., Tange, D., Henselmans, I. & Pasman, H. R. (2020). The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2021(77), 296–307. https://doi.org/10.1111/jan.14549
<i>Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a short life</i>	Arends, S. A. M., Steenbergen, M., Thodé, M., Francke, A. L., Jongerden, I. P. (2022). Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a

<i>expectancy: A qualitative interview study</i>	short life expectancy: A qualitative interview study. <i>Patient Education and Counseling</i> , 105(7), 2531–2536 https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.017
<i>Begrensning av livsforlengende behandling til sederte intensivpasienter på respirator – hva er intensivsykepleierens rolle?</i>	Valsø, Å., Wik, M., Ambjørnsrud, B. L. (2013). Begrensning av livsforlengende behandling til sederte intensivpasienter på respirator – hva er intensivsykepleierens rolle? <i>Vård i Norden</i> . 33(4), 37–41. https://doi.org/10.1177/010740831303300409
<i>Grey area nursing: high-dependency nurses' experiences of caring for patients approaching the transition from curative to palliative care</i>	Johnson, E. & Barbara, J. (2022). Grey area nursing: high-dependency nurses' experiences of caring for patients approaching the transition from curative to palliative care. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 28(11), 515–521. https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.11.515

For å kvalitetssikre og kritisk vurdere forskningslitteraturen bruker vi sjekklisten for kvalitativ studie fra Helsebiblioteket som et hjelpemiddel. Sjekklisten er et pedagogisk verktøy og består av tre deler med underspørsmål og tips (Helsebiblioteket.no). Vi vurderer helsebiblioteket til å være en pålitelig kilde og bruker derfor deres sjekklister for å kritisk vurdere kvaliteten på forskningslitteraturen.

3.3 Øvrige fag- og forskningslitteratur

Litteraturen vi har benyttet oss av i denne oppgaven er *Etikk i sykepleien* av Berit Støre Brinchmann, *Etikk i helsetjenesten* av Magelssen og kolleger (2020) og *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid* av Anita Iversen og Nanna Hauksdottir. Bøkene om etikk var relevante da de tar opp de etiske dilemmaene knyttet til livsforlengende behandling. I tillegg til etiske perspektiver som vi har inkludert i teorikapitlet. Boken *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid* er relevant fordi den tar opp tverrfaglig kommunikasjon i behandlingsteam og hvordan en kan håndtere uoverensstemmelser og konflikter. I tillegg til dette har vi benyttet oss av annet relevant pensum, lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Matrisen viser hva som er hensikten til de valgte artiklene, hvilken metode som er brukt, hvilke relevante funn som gjort og vår vurdering av kvaliteten på artikkelen.

Database	Forfattere, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitets-Vurdering (se vedlegg...)
Cinahl	Forfattere Danique W. Bos-van den Hoek, Maureen Thodé, Irene P. Jongerden, Hanneke W. M. Van Laarhoven, Ellen M. A. Smets, Dorien Tange, Inge Henselmans & H. Roeline Pasman, Årstall 2021 Land Nederland	<i>The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study</i>	Hensikten var å utforske hvordan sykehussykepleiere oppfatter sin nåværende rolle i felles beslutningstaking om livsforlengende behandling hos pasienter i livets siste fase.	Kvalitativ metode ved bruk av semistrukturert intervjuguide utført i person.	Funnene i artikkelen viste sykepleiernes oppfatning av deres nåværende rolle og deres potensielle rolle i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling. Sykepleierne opplever i ulik grad hvor stor innflytelse de har på beslutningsprosesser om livsforlengende behandling. Studien viser til ulike tidspunkt hvor sykepleierne kan involveres i kommunikasjonen om livsforlengende behandling. På denne måten kan sykepleiere involveres	Ut fra fagfelle-vurderingen og sjekklister for kvalitativ studie fra helsebiblioteket er denne artikkelen vurdert som god kvalitet.
Cinahl	Forfattere Susanne A. M. Arends, Milou	<i>Moral distress among nurses</i>	Utforske om sykepleiere ved sykehus opplever moralsk stress når	Kvalitativ studie	Funnene i artikkelen viste at sykepleierne ikke opplevde å ha en rolle i	Ut fra fagfelle-vurderingen og sjekklister for kvalitativ studie fra

	Steenbergen, Maureen Thodé, Anneke L. Francke, Irene P. Jongerden Årstall 2022 Land Nederland	<i>involved in life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: A qualitative interview study</i>	de involveres i potensielt livsforlengende behandlinger hos voksne med kort forventet levetid.	som bruker semistrukturerte intervjuer	beslutningsprosessen av livsforlengende behandling. De følte på maktesløshet og moralsk stress når de ble møtt med behandlingsresultater som de mente førte til overbehandling. Sykepleierne opplevde frustrasjon når deres moralske verdier ikke ble tatt i betraktning under beslutningsprosessen. De ønsket bedre tverrfaglig kommunikasjon i behandlingsteamet slik at sykepleierne og involveres i beslutningsprosessen.	helsebiblioteket er denne artikkelen vurdert som god kvalitet.
Cinahl	Forfattere Åse Valsø, Mona Wik Ambjørnrud, Berit Lindahl Årstall 2013 Land Norge	<i>Begrensning av livsforlengende behandling til sederte intensivpasienter på respirator – hva er intensivsykepleierens rolle?</i>	Hensikten er å belyse intensivsykepleierens roller i beslutningsprosessen angående begrensning (HLR minus) av livsforlengende behandling på respiratorer, og å få innsikt i deres kunnskap om etiske og juridiske retningslinjer.	Eksplorerende og beskrivende design som benytter kvalitative forskningsintervjuer.	Funnene beskriver at intensivsykepleiers opplever å ha en delaktig rolle i beslutningsprosessen av livsforlengende behandling. De synes det er vanskelig å ta avgjørelser, men at de har en avgjørende rolle i beslutningsprosessen.	Ut fra fagfelleevalueringen og sjekklister for kvalitativ studie fra helsebiblioteket er denne artikkelen vurdert som god kvalitet.
Cinahl	Forfattere Johnson, Emily, Jack Barbara	<i>Grey area nursing: high-dependency</i>	Å utforske hvilke erfaringer sykepleiere som tar seg av alvorlig syke	Kvalitativ metode med et deskriptivt design som	Sykepleierne rapporterte negative opplevelser når de pleiet pasienter som nærmet seg overgangen	Ut fra fagfelleevalueringen og sjekklister for kvalitativ studie fra

	<p>Årstall 2022</p> <p>Land Storbritannia</p>	<p><i>nurses' experiences of caring for patients approaching the transition from curative to palliative care</i></p>	<p>pasienter har med avslutning av livsforlengende behandling og fremheve hva slags behov og støtte de trenger.</p>	<p>benytter semi-strukturerte intervju.</p>	<p>fra kurativ til palliativ behandling. Konflikter i beslutningsprosessen førte til usikkerhet og påvirket sykepleiernes mulighet til å gi god sykepleie. De opplevde at de forlenget lidelse og døden og ikke handlet ut fra pasientens beste. Disse utfordringene førte til at de opplevde et moralsk stress. Sykepleierne forteller at de trenger tid til debrifing og mer utdanning med fokus på å avvenne eller avslutte livsforlengende behandling.</p>	<p>helsebiblioteket er denne artikkelen vurdert til å ha god kvalitet.</p>
--	---	--	---	---	--	--

4.2 Syntese av resultatene

Resultatene viser at sykepleierne opplevde at de i varierende grad har innflytelse på beslutningsprosesser om livsforlengende behandling. Noen beskriver at de har påvirket den endelige beslutningen tatt av pasientene, mens funn i to av artiklene viser at flere av sykepleierne opplever å ha en begrenset, eller ikke-eksisterende rolle i beslutningsprosessen. Intensivsykepleiere og sykepleiere med videreutdanning opplever å ha en mer delaktig rolle i beslutningsprosessen. Sykepleierne opplevde at deres rolle var å være pasientens advokat, og at de oppfattet seg selv som meglere mellom legene og pasienten/pårørendes ønsker. Samt å veilede pasienten gjennom håpløsheten de føler i overgangen fra livsforlengende- til palliativ behandling. Sykepleiere opplevde moralsk stress som frustrasjon og maktesløshet når de ikke ble lyttet til, og når de ble konfrontert med behandlingsresultater som de mente førte til overbehandling. De opplevde at de forlenget lidelse og døden og ikke handlet ut fra pasientens beste.

Resultatene viser hva sykepleiere trenger for å håndtere følelsene de opplever, og hva de trenger for å kunne bli mer delaktige i beslutningsprosessen. Dette var tid til debriefing og mer utdanning med fokus på å avslutte livsforlengende behandling. De ønsket bedre tverrfaglig kommunikasjon i behandlingsteamet. Andre tiltak var en kultur der det er en positiv holdning til sykepleieres involvering i beslutningstaking, tilstrekkelig med tid og et godt forhold til leger og pasienter.

Ut fra resultatene var det fem kategorier som gikk igjen i artiklene som vi vil belyse i diskusjonen:

1. Sykepleiers oppfatning av egen rolle i beslutningsprosessen
2. Den tverrfaglige kommunikasjonen under og ved livsforlengende behandling.
3. Sykepleiernes følelse av moralsk stress
4. Overbehandling og bidrag til forverring av livskvaliteten
5. Funn i artiklene som viser hvordan sykepleiere bedre kan involveres i beslutningsprosessen.

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Målet med oppgaven var å utforske hvordan sykepleier opplever sin rolle i beslutningsprosessen ved livsforlengende behandling.

Først ser vi på hvordan sykepleierne opplever å bli involvert i beslutningsprosessen ved livsforlengende behandling. Deretter vil vi se på kommunikasjonen mellom behandlingsteamet og pasient og pårørende under beslutningsprosessen. Videre diskuterer vi hvordan ulikt formål med behandling kan føre til overbehandling og hvilke konsekvenser det har for livskvaliteten hos pasienten. Til slutt belyser vi funn i artiklene om hvordan sykepleier bedre kan involveres i beslutningsprosessen.

Sykepleier er den som har ansvaret for pleie, omsorg og for oppfølging av medisinsk behandling og har hyppigst kontakt med pasient og pårørende (Lillemoen, 2019, s. 326). Likevel er det flere sykepleiere som ikke føler seg inkludert eller har innflytelse i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling (Arends et al., 2022; Johnson og Jack, 2022).

5.1.1 Sykepleiers rolle i beslutningsprosessen

Funnene i artiklene valgt for å belyse problemstillingen viser at sykepleierne opplever i varierende grad hvor stor innflytelse de har i beslutningsprosessen om livsforlengende behandling. Det er et skille mellom de med og uten videreutdanning, der videreutdannede sykepleiere opplevde å bli inkludert i beslutningsprosessen (Bos-Van den Hoek et. al, 2020; Valsø et al., 2013). Derimot opplevde sykepleierne uten videreutdanning i liten grad å bli inkludert (Arends et al., 2022; Johnson & Jack, 2022). Sykepleierne opplevde at deres rolle var å finne ut hva pasienten ønsker og videreformidle dette til legen (Bos-Van den Hoek et. al, 2020). Resultatene viser at sykepleierne er enig i at ansvaret for beslutningstakingen ligger hos legene, og at de ikke er villig til å ta medansvar for en avgjørelse. Likevel ønsker sykepleierne å være inkludert i beslutningsprosessen ved å gi verdifull informasjon og synes det er negativt at legene isolerer seg ved å ikke dele synspunkter med resten av teamet (Arends et al., 2022). Helsepersonell er avhengig av klare strategier for hvilke roller de ulike profesjonene skal ha og hvordan gjennomføringen av livsforlengende behandling skal foregå

(Valsø et al., 2013). Dette underbygges i litteraturen som sier at begrensning av livsforlengende behandling skal fattes av behandlingsansvarlig lege, men bør alltid bygge på drøftinger med det tverrfaglige behandlingsteamet rundt pasienten (Lillemoen, 2019, s. 326).

Veilederen for begrensning av livsforlengende behandling skal kvalitetssikre og gi støtte til helsepersonell i beslutningsprosessen ved begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 4). Konsekvensen av begrensning av livsforlengende behandling er at pasienten dør av sin grunnlidelse. Dette kan bidra til at deltakerne synes denne avgjørelsen er vanskelig. Samtidig må sykepleiere ta et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger. (Valsø et al., 2013). Både veilederen utgitt av Helsedirektoratet (2013) og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slår fast at sykepleiere har en rolle og et ansvar i beslutningsprosessene. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kommer det frem under punkt 2.10 og 2.11 at sykepleiere er ansvarlige for å lindre lidelse, har en aktiv deltakelse i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidrar til at det blir tatt hensyn til pasientens ønsker (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Sykepleierne i Arends og kolleger (2022) sin studie, mener at det ikke er nødvendig med en formell involvering, men det er nødvendig at de involveres i beslutningsprosessen og forberedning av behandlingsteamet. Teamet som behandler og kjenner pasienten godt bør delta i beslutningsprosessen ved begrensning av livsforlengende behandling for å sikre et bredt beslutningsgrunnlag (Valsø, et al., 2013). Dette underbygges av veilederen som sier at de som behandler pasienten og som kjenner pasienten fra forskjellige ståsteder skal delta i beslutningsprosessen om begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013 s. 16). Funn viser at sykepleierne opplever å ha påvirkningskraft når det gjelder å beslutte, oppheve eller avslutte livsforlengende behandling, dog er det ingen faste rutiner for tverrfaglige møter. Faste rutiner for tverrfaglig drøftingsmøter vil gi sykepleieren en direkte rolle i beslutningsprosessen, ikke bare en indirekte deltakelse (Valsø et al., 2013).

Funn i to av artiklene viser at sykepleierne mener en bevisstgjøring av deres rolle som pasientens advokat vil gagne involveringen av sykepleiere i beslutningsprosessen tilknyttet livsforlengende behandling (Arends et al, 2022; Bos-Van den Hoek et. al, 2020). Dette bekreftes i funnene i studien av Valsø og kolleger (2013). Intensivsykepleierne mener de bør få støtte og anses som en som tar konsekvensen av sin tro på advokatvirksomhet. De beskriver at deres tette forhold og kontinuerlig arbeidet med pasienten og familiene, anses

som verdifullt når en avgjørelse om livsforlengende behandling blir tatt. Forholdet mellom pasient og sykepleier er vesentlig for at pasienten skal oppleve sykepleien som god, og oppleve psykososial støtte (Eriksen, 2015, s. 900). På denne måten kan sykepleiere videreformidle viktige verbale og non-verbale signaler og plante frø i avgjørelsen. I den sammenhengen poengterer studien at sykepleieren må kunne reflektere, argumentere og ha kritisk sans og moral (Valsø et al., 2013).

Funn i to av artiklene viser at selv om sykepleierne ofte ikke følte seg direkte involvert i beslutningsprosessen, beskrev sykepleierne atferd som gav dem en indirekte rolle i slike beslutninger. Dette var å kontrollere kvaliteten på en beslutning, ved å snakke med pasienten og forsikre seg om at valget om behandling var tatt bevisst og at pasienten hadde fått god informasjon. De hadde også en indirekte innflytelse på beslutningsprosessen ved å utfylle delt beslutningstaking og legge til rette for delt beslutningstaking (Arends et al., 2022; Bos-Van den Hoek et al., 2020). Felles for alle artiklene nevnt var at sykepleierne mente de var en viktig informasjonskilde og kan gi meningsfulle bidrag i beslutningsprosessen. Sykepleiere er verdifulle bidragsytere i helseteam fordi de har døgnkontinuerlig oversikt over pasienten og er kvalifisert til å vurdere hvilken helsehjelp som er nødvendig (Holter, 2015, s. 116). Det å videreføre informasjon og gi meningsfull støtte anses som en stor og viktig del av deres rolle. Valsø og kolleger (2013) sin studie tyder på at involvering av sykepleiere kan føre til en beslutningsprosess som er mer i tråd med pasientens ønsker, da sykepleierne er de som er fysisk nærmest og aldri forlater pasienten uten å bli erstattet (Valsø et al., 2013).

5.1.2 Kommunikasjon i beslutningsprosessen

Et funn viser at sykepleiernes interaksjoner med leger og pasienter på ulike tidspunkt ble av forskerne tolket som potensielle muligheter for en samtale – og dermed involvering i beslutningsprosessen. Blant annet tverrfaglige teamdiskusjoner, samtaler mellom lege og pasient, samtaler mellom lege og sykepleier og pedagogiske samtaler som informerte om behandling og bivirkninger (Bos-Van den Hoek et al., 2020).

Der sykepleierne ikke opplever å bli inkludert i beslutningsprosessen anses derimot sykepleierne i Valsø og kolleger (2013) sin studie som en ressurs med sitt engasjement og samhandling med pasient og pårørende. De deltar på informasjonsmøter for å sikre kunnskap

om pasienten i forhold til diagnose og behandling, samt får klarhet i uoverensstemmelser mellom familie og behandlere (Valsø et al., 2013). Dette støttes av litteraturen som sier at tverrfaglig kommunikasjon og felles forståelse for problemstillingen i behandlingsteamet bidrar til at helsepersonell kan yte bedre helsehjelp (Næss & Halvorsen, 2021, s. 85).

Et funn viser at dersom det oppstår misnøye hos intensivsykepleierne er det kultur for at dette kan tas opp med lege. Det er viktig at kulturen på intensivavdelingene gjør det naturlig å snakke om disse utfordringene (Vaslø et al., 2013). Pasientens egne mål skal alltid være styrende for behandlingen, men det er ikke alltid så lett å få frem hvilke mål pasienten har for fremtiden. (Næss & Halvorsen, 2021, s. 87). Målavklaringer er tidkrevende, særlig når pasienten har fått endret funksjonsnivå ved sykdom. Denne typen situasjon krever tverrfaglig innsats og forutsetter god og grundig diskusjon om ønsker og mål. Dersom målet i det tverrfaglige arbeidet ikke er drøftet kan medlemmene i behandlingsteamet ha ulike forventninger til målet for behandlingen (Næss & Halvorsen, 2021, s. 87). Pasienter og pårørende må alltid tas med i beslutningene om begrensning av livsforlengende behandling, men legen er nesten alltid premissgivende (Kaasa & Loge, 2016, s. 48).

Når det besluttes å avslutte livsforlengende behandling, bør pasienten og pårørende få godt forberedt og tilpasset informasjon om beslutningen og hva de kan forvente i livets siste dager (Magelssen & Førde, 2020, s. 122) Beslutningen om overgangen til palliativ omsorg bør være basert på en åpen og ærlig dialog i behandlersteamet, slik at hele teamet er innforstått med beslutningen som er tatt (Glosli & Hansen, 2016, s. 766). Resultatene viser samtidig at sykepleierne opplevde utfordringer når pårørende ikke var enig i medisinske planer om å begrense livsforlengende behandling, noe som resulterte i uro for å fortsette behandlingen de ikke følte var til pasientens beste. De ønsket å gjøre pasienten komfortabel ved å fjerne plagsom behandling, men var ute av stand til å gjøre det fordi pårørende var uenig i beslutningen. Dette gjorde sykepleierne frustrert og opprørte (Johnson & Jack, 2022). Ifølge litteraturen opplever mange alvorlig syke og døende pasienter, og deres pårørende, at de ikke får tilfredsstillende informasjon, grunnet helsepersonells manglende tid, rutiner eller kompetanse. Mange pasienter og pårørende har lite kunnskap om behandling, hvilke bivirkninger denne har og om naturlige dødsprosesser. Informasjon om dette kan minske angst og fremme idealet om veloverveide valg og råderett over eget liv (Helsedirektoratet, 2013, s. 17). Et funn viser at sykepleierne opplevde frustrasjon og sinne når de oppfattet

kommunikasjonen mellom lege og pasient som 'urettferdig', for eksempel når en lege skapte håp i stedet for realistiske forventninger (Arends et al., 2022).

Ved uenigheter i behandlingsteamet bør ulike tiltak for utredning eller fornyet utredning samt klinisk etisk komité tas i bruk. Helsedirektoratets nasjonale veileder (2013) har stor verdi og kan være avgjørende for de som har kunnskap om den og bruker den i klinisk praksis. Med kunnskaper om nasjonal veileder kan sykepleier gå inn i diskusjoner og fremme tiltak som resulterer i at pasientens og pårørendes ønsker blir tatt i betraktning (Valsø et al., 2013).

5.1.3 Moralsk stress

Funn i to av artiklene viste at sykepleierne opplevde at det ikke var ofte de ble involvert i beslutninger om livsforlengende behandling (Arends et al., 2022; Bos-Van den Hoek et al., 2020). Sykepleierne opplevde å ha andre moralske verdier enn legene og at disse ikke ble tatt i betraktning i beslutningsprosessen. De føler på et moralsk stress når de blir møtt med negative beslutningsresultater og leger som gir pasientene falske forhåpninger, istedenfor realistiske forventninger (Arends et al., 2022). Spesielt når det er sykepleierne som må utføre behandlingen som gav dem en følelse av å gi pleie som ikke var optimal (Arends et al., 2022; Johnson & Jack, 2022). Ifølge litteraturen defineres moralsk stress som negative opplevelser helsepersonell kan oppleve når de forhindres fra å gjøre det de mener er best i en situasjon (Magelssen & Pedersen, 2020, s. 17). Stressnivået kan ofte reduseres ved at idealer tilsidesettes. Undertrykkning av profesjonsetiske idealer og langvarig moralsk stress kan lede til utbrenthet (Førde & Lillemoen, 2020, s. 32). Noen sykepleiere i poliklinisk setting uttrykte en følelse av maktesløshet da pleien de utøver avhenger av hvilken behandling legen forordner. De mener legene har en nøkkelposisjon og er nødvendige for å rettferdiggjøre beslutningen om behandlingsbegrensing. Sykepleiere som gav uttrykk for sin mening, for eksempel om å begrense livsforlengende behandling eller delte annen viktig informasjon, mente at dette ikke alltid ble tatt i betraktning av legen. I slike tilfeller uttrykte de en følelse av å ikke bli hørt eller overstyrt og derfor moralsk stress som maktesløshet (Arends et al., 2022). Ifølge litteraturen kan medlemmer som ikke føler seg verdsatt i et team, vegre seg for å dele informasjon (Iversen & Hauksdottir, 2021, s. 153).

Konflikter er ikke til å unngå. Problemet er ikke at konflikter oppstår, men hvordan de forstås og håndteres (Næss & Halvorsen, 2021, s. 97). Resultatene fra studien til Johnsen & Jack

(2022) viser at flere sykepleiere rapporterte problemer med usikkerhet forårsaket av konflikt i klinisk beslutningstaking, og at dette påvirket deres evne til å yte det de oppfatter som god omsorg. Videre beskrev de følelsen av at de var fanget i midten av ubesluttsomheten, da sykepleieren visste hva som måtte gjøres, men ikke var i stand til å handle på grunn av konflikt eller forsinkelser i beslutningsprosessen. Dette førte til forvirring, moralsk stress og frustrasjon (Johnson & Jack, 2022). Det støttes av litteraturen som sier at det finnes en sammenheng mellom samarbeidet mellom leger og sykepleiere og moralsk stress. Det er fordi profesjonene ser ulikt på samarbeidet (Aakre, 2016, s. 125). Resultatene fra Arends og kolleger (2022) sin studie viser at sykepleiere innrømmet at moralsk stress påvirket deres oppfattede evne til å gi optimal behandling. Videre oppga noen sykepleiere at de hadde nektet å utføre en behandling dersom de ikke var involvert i beslutningstakingen og ikke støttet beslutningen. I tillegg sa noen at de krevde at legen skulle vurdere en avgjørelse på nytt før de ville starte behandlingen (Arends et al., 2022).

5.1.4 Overbehandling og livskvalitet

Resultatene fra studien til Johnson & Jack viser at kjernen til det moralske stresset sykepleierne opplever er følelsen av at behandlingen legene foreskriver ikke gagnar pasientens livskvalitet fordi behandlingen pågikk for lenge. Behandling som i sum ikke gagnar pasienter på grunn av bivirkninger og andre ulemper defineres som overbehandling (Magelssen & Førde, 2020, s.117). En pasient som er kritisk syk mangler muligheten til å ta egne valg, og er dermed avhengig av informasjon og hjelp fra andre (Magelssen & Pedersen, 2020, s. 19).

Helsehjelp bør alltid ta utgangspunkt i hva som er pasientens beste og er grunnlaget for velgjørhetsprinsippet (Magelssen & Pedersen, 2020, s. 19). Innen ikke-skade og velgjørhetsprinsippet kan sykepleiere og leger ha ulike etiske aspekter rundt samme pasient som kan lede til uheldige konsekvenser for pasienten. Det kan da oppstå etiske dilemmaer når sykepleierne ikke får gjennomslag for sine argumenter, særlig når sykepleierne er direkte involvert i å gi behandlingen. De opplevde at legene ville gi livsforlengende behandling så lenge det forlenger livet, uten å tenke på hvilke negative konsekvenser det vil få for pasienten. Det var viktigere for sykepleierne å gjøre pasienten komfortabel og at behandlingen ikke påvirket pasientens livskvalitet negativt (Arends et al., 2022). To av funnene viser at sykepleier og lege ser den etiske situasjonen rundt behandlingen fra

forskjellige synspunkt, og bør derfor diskuteres under tverrfaglig drøfting (Valsø et al., 2013; Arends et al., 2022). Funn viser at både sykepleiere ansatt ved døgnenheter og poliklinikker beskrev følelser av maktesløshet når de opplevde at pasienten led av bivirkninger av den livsforlengende behandlingen (Arends et al., 2022). Lav livskvalitet kan ikke oppveies av eventuell forlenget levetid, og overbehandling bryter dermed med velgjørenhet, autonomi og ikke-skade prinsippet. Liv som ikke står til å redde krever respekt for autonomi og livets slutfase (Valsø, et al., 2013).

Sykepleiere er i en unik posisjon til å kunne videreformidle pasientens autonomi ved å bidra i beslutningsprosessen, men er avhengig av støtte fra annet helsepersonell (Valsø et al., 2013). Det fremgår i litteraturen at helsepersonell bør respektere pasientens autonomi. Dette ved å tilrettelegge slik at kliniske beslutninger blir tatt i samsvar med pasientens egne syn og verdier, samt bidra til at pasienten har et så bra informasjonsgrunnlag som mulig (Magelssen & Pedersen, 2020, s. 19). Arends og kolleger (2022) sin studie viser derimot at noen av sykepleierne tvilte på om pasientens ønsker ble oppfylt i beslutningen om livsforlengende behandling. De opplevde at det varierte hvor mye informasjon hver pasient fikk, blant annet informasjon om alternativet å trekke seg fra behandlingen (Arends et al., 2022). Dette kan potensielt stride imot pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. *Pasientens og brukers rett til informasjon*, som sier at pasienten skal ha informasjon om innholdet i helsehjelpen, i tillegg til informasjon om mulig risiko og bivirkninger. Dersom pasienten hadde fått tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand ville kanskje pasienten vegre seg mot behandling med liten effekt, og dermed unngått risiko for overbehandling (Regjeringen.no, 2013).

Konfliktene i beslutningsprosessen fører til at den livsforlengende behandlingen fortsetter selv da sykepleierne ønsket et søkelys på å tilrettelegge for en støttende og verdig død. Sykepleierne opplevde å bidra til forlengelse av døden og tok fokuset vekk fra livskvalitet (Johnson & Jack, 2022). Det er viktig å skille mellom «hjelp til å dø» og «å hjelpe den døende». «Å hjelpe den døende» vil si at pasienten slipper mer behandling som i realiteten bare forskyver en naturlig død, eller forlenger dødsprosessen. I stedet får pasienten hjelp til å lindre svært plagsomme symptomer (Materstvedt & Kaasa, 2017, s. 87).

En driver for overbehandling er at døden anses som et nederlag (Magelssen & Førde, 2020, s. 118). En annen driver for overbehandling kan være det høyteknologiske utstyret. Det er en ressurs i behandlingen, men kan og gi en risiko for overbehandling og potensielt ta

oppmerksomheten fra pasienten (Valsø et al., 2013). Teknologi kan lede oss fra hva vi *kan* gjøre til hva vi *burde* gjøre. Bioteknologi kan lede våre handlingsvalg og føre til overdiagnostikk og overbehandling (Hofmann, 2021, s. 284).

5.1.5 Involvering av sykepleiere

Etter å ha studert artiklene har vi kommet frem til et felles funn om strategier som kan føre til at sykepleierne får en definert rolle i beslutningsprosessene rundt livsforlengende behandling. I tillegg til hva som hadde lettet det psykologiske stresset de opplever i sin rolle i disse beslutningsprosessene.

Arends og kolleger (2022) introduserer konseptet med beslutningstrener, en profesjonell som er opplært til å assistere pasienters involvering av beslutningstaking i helsevesenet. Treneren vurderer beslutningskonflikter, ivaretar beslutningsbehov og gir forståelse og støtte.

Introduserer man sykepleiere som beslutningstrener, gir man mulighet for en mer strukturert rolle i beslutningsprosessen (Arends et al., 2022). Teamarbeid er en viktig del av tverrprofesjonell samhandling. For at det skal fungere godt er man avhengig av at medlemmene har avklart hva som er hensikten med arbeidet, og forstår hvordan de avhenger av hverandre for å nå et felles mål (Stubberud, 2021, s. 56).

En annen strategi er å gi sykepleiere opplæring i forhåndsplanleggingssamtaler for å utruste dem til å diskutere livsforlengende behandling ved livets slutt med pasienter. Dette underbygges av litteraturen som sier at forhåndssamtaler kan gi bedre livskvalitet og færre sykehusinnleggelse når livet går mot slutten (Brenne & Dalene, 2017, s. 639).

Forhåndssamtaler er et verktøy for å ivareta pasientens autonomi og trygge helsepersonell i sine beslutninger (Regjeringen.no, 2013). For å støtte sykepleierne i beslutningsprosessen trenger de individuell trening. Støtte fra ledere eller pleieteamledere er viktig for å realisere målet om involvering av sykepleiere i beslutningsprosessen. Ledelsen i tverrprofesjonelle team bør fokusere på tilnærminger for å håndtere komplekse situasjoner knyttet til ulike pasientbehov, samt skape klima for læring og kollektiv kompetanse (Iversen & Hauksdottir, 2021, s. 153). Det vil si å fremme godt tverrprofesjonelt teamarbeid og ved å promotere et positivt miljø for å diskutere etiske dilemmaer. Faste rutiner for tverrfaglige drøftingsmøter vil kunne sikre sykepleier en delaktig rolle i beslutningsprosessen, ikke bare en indirekte deltakelse (Arends et al., 2022).

For å sikre informasjon og kunnskap om pasienten i forhold til diagnose og behandling ønsker flere av sykepleierne å delta på informasjonsmøter. På denne måten kan man få klarhet i uoverensstemmelser mellom helsepersonell og pårørende. Erfaringer øker kunnskapsnivået og trygger sykepleiere i sin rolle i beslutningsprosessen ved livsforlengende behandling (Valsø et al., 2013). Dette støttes av litteratur om pleie til pasienter i livets siste fase. Pasientens situasjon kan endre seg raskt og komplikasjoner kan inntreffe hyppig. Det stilles derfor høye krav til pleiefaglig og medisinsk kompetansen (Haugen & Aas, 2016, s. 112). Resultatene fra studien til Johnson & Jack (2022) viser samtidig at sykepleiere har behov for mer utdanning og kunnskap om begrensning av livsforlengende behandling, samt fokus på palliativ pleie innen kritisk omsorg. Sykepleierne i studien rapporterer behovet for å snakke med noen eller en debrifingstjeneste for å støtte dem mens de prosesserer sine opplevelser. Funnene støtter å forbedre kunnskapene rundt pleie ved livets slutt i opplæringsfasen slik at sykepleierne er bedre forberedt og vil kunne redusere fremtidig stress (Johnson & Jack, 2022). Ved å systematisk involvere sykepleierne i beslutningsprosessen før en avgjørelse er fattet, vil det både forbedre kvaliteten på beslutningen og redusere opplevelsen av et moralsk stress (Arends et al., 2022).

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Litteraturstudie som metode

Ifølge Aveyard (2018) er en litteraturstudie en oversikt over all forskning som er utført på et bestemt område. Individuelle undersøkelser er som de enkelte bitene i et puslespill- de gir bare mening når vi kan se hele bildet (Aveyard, 2018, s. 2). Grunnet litteraturstudiets omfang valgte vi ut fire forskningsartikler. Selektoring av artikler kan ha ført til at relevante data som kunne ha dannet grunnlag for å besvare problemstillingen ikke er inkludert. Dette litteraturstudiet baserer seg på et begrenset datagrunnlag som kan ha påvirket studiens gyldighet og troverdighet, og som gjør at vi kanskje ikke ser hele bildet.

5.2.2 Litteratursøk

Søkeprosessen startet med brede og ustrukturerte søk i Cinahl og Google Scholar slik at vi kunne utforske relevante søkeord for tematikken. Dette anses som en styrke da vi fikk god oversikt over temaet før vi startet på det strukturerte søket. Ettersom kunnskapen om temaet

økte ble noen søkeord erstattet av andre søkeord. Dette kan ha bidratt til å styrke oppgaven da vi fikk flere relevante treff.

Et av oppgavens premisser var at en skulle finne alle de inkluderte artiklene i løpet av ett søk i Cinahl. Dette kan potensielt ha svekket oppgaven da vi kan ha gått glipp av relevante forskningsartikler i andre databaser som kunne bidratt til å styrke oppgaven. Men dersom en ikke fikk fire artikler under ett søk kunne man benytte seg av andre databaser, noe vi ikke gjorde. Det kan anses som en styrke da oppgavens premisser tilsier at det var ønskelig å få alle artiklene under et søk, men og som en svakhet da annen relevant forskning kan ha falt fra.

5.2.3 Utvelgelse/inkludering av artikler

Vi valgte å kun inkludere kvalitative forskningsartikler i denne litteraturstudien. Formålet med kvalitativ metode er å undersøke meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2020, s. 54) og har høy relevans for vår problemstilling som vi mener er en styrke for oppgaven.

Ved å kun inkludere artikler fra en database kan det hende at vi har gått glipp av forskningsartikler som kunne besvart problemstillingen. Dette kan ha ført til at andre relevante opplevelser og temaer ikke har blitt belyst som igjen kan ha påvirket konklusjonen av problemstillingen.

De valgte artiklene er fra Norge, Nederland og Storbritannia som anses som en styrke da helsetilbudet i disse landene kan relateres til det norske helsetilbudet. At det er inkludert en norsk artikkel bidrar til å styrke oppgavens gyldighet da artikkelen tar for seg norske lover og retningslinjer. Samtidig kan funnene fra de andre studiene overføres til norske forhold. Det er i tillegg viktig at sykepleiere får inspirasjon og kunnskap fra andre land og kulturer.

De valgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene var avgjørende for hvilke forskningsartikler vi satt igjen med til slutt, og kan ha påvirket funnene vi fikk for å besvare problemstillingen. Vi valgte for eksempel å ekskludere artikler som tok for seg barn og ungdom under 18 år da det som regel kreves sykepleiere med videreutdanning for å behandle denne pasientgruppen. Det er vanskelig å si om resultatene ville vært annerledes dersom vi tok for oss en annen

pasientgruppe. Hadde vi for eksempel inkludert flere studier med sykepleiere med videreutdanning kunne resultatene våre ha sett annerledes ut.

Utover i søkeprosessen innså vi at alvorlig og kritisk syke pasienter ofte havner på intensivavdelingen og vi har derfor inkludert en artikkel derfra. Intensivsykepleierne opplevde å bli inkludert og det var nyttig å sammenligne de ulike opplevelsene sykepleiere har. I tillegg ønsket vi ikke kun en ensidig opplevelse av situasjonen, men noen som følte seg inkluderte for å se på hvilke forhold som gjorde at intensivsykepleierne følte seg mer inkludert enn sykepleierne i de andre studiene.

I startfasen inkluderte vi en relevant forskningsartikkel fra 2009 som vi forkastet da vi kom over nyere forskning. Ønsket var at oppgaven skulle bygge på artikler basert på nyere empirisk forskning og dermed valgte vi å ekskludere forskning som var eldre enn 10 år. Dette bidrar til å styrke oppgavens troverdighet ettersom det stadig gjøres framsteg innen medisinsk forskning og teknologi. Flere avanserte behandlingsmuligheter kan gjøre at helsepersonell må ta flere og vanskeligere beslutninger rundt begrensning av livsforlengende behandling (Hofmann, 2021, s. 280). Helsepersonell har og en faglig plikt til å holde seg orientert om nyere utvikling og forskning som informerer deres praksis, ellers risikerer de å yte utdatert omsorg (Aveyard, 2019, s. 4-5). At studiene er relativt nye bidrar til å styrke oppgavens relevans opp til hvordan sykepleiere opplever og erfarer beslutningsprosessene rundt begrensning av livsforlengende behandling i dag.

For å kvalitetssikre og kritisk vurdere forskningslitteraturen bruker vi sjekklisten for kvalitativ studie fra Helsebiblioteket som et hjelpemiddel. Alle de valgte artiklene er fagfellevurderte som ble kontrollert ved å søke opp artiklene i Oria. De valgte artiklene beskriver i tillegg hvilke etiske overveielser de har gjort. Én av artiklene har fått etisk godkjenning fra etisk komité. To av artiklene forklarer hvorfor en etisk komité har vurdert at en godkjenning ikke var aktuelt for studien. Mens den siste forskningsartikkelen beskriver at forskningen bygger på etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. Det at forskningslitteraturen som er brukt i litteraturstudie vurderes til å ha god kvalitet bidrar til å styrke litteraturstudiets validitet.

Med bakgrunn i metodediskusjonen kan vi anta at resultatene kunne blitt annerledes dersom vi hadde valgt andre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Funnene i 3 av 4 artikler viser

likevel at flere av sykepleierne opplever å ikke bli inkludert i beslutningsprosesser rundt livsforlengende behandling. Funn i 2 av artiklene viser at sykepleierne opplever mye av det samme når de ikke inkluderes, eller føler seg overstyrt i slike beslutningsprosesser. Derfor er det en reell mulighet for at vår konklusjon om sykepleiernes virkelighetsopplevelse er gyldig.

6 Konklusjon

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan sykepleiere opplever å ta del i beslutningsprosessen ved begrenning av livsforlengende behandling, samt hva som er sykepleiers faktiske og potensielle rolle i slike beslutningsprosesser. Vår problemstilling er hvordan opplever sykepleiere sin rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling?

Resultatene viste at sykepleierne opplevde å ikke bli inkludert med unntak av sykepleiere med videreutdanning som opplevde i større grad å bli involvert i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling. Det å ikke bli inkludert førte til at sykepleierne opplevde moralsk stress som maktesløshet og frustrasjon som bidro til utbrenthet. Sykepleierne opplevde at legenes fokus var å gi livsforlengende behandling, samme hvilke negative konsekvenser det hadde for pasienten. Sykepleierne opplevde at deres meninger og verdier ikke ble reflektert i beslutningsprosessen og ga dem en følelse av å ikke bli lyttet til og overstyrt. Noen sykepleiere opplevde å gi pasienter behandling de ikke var enig i og som påvirket pasientens livskvalitet negativt.

Funnene viser at sykepleierne ønsker å ha en mer delaktig rolle i beslutningsprosessen, men at de ikke er villig til å ta medansvar for en avgjørelse. De anså seg selv som en viktig informasjonskilde som pasientens talerør. I tillegg er det sykepleiere som har mest kontinuerlig kontakt med pasient og pårørende. Selv om flere ikke opplever å ha en direkte rolle i beslutningsprosessen, beskrev de atferd som gav dem en indirekte rolle. For eksempel å kontrollere kvaliteten på en beslutning ved å ha en samtale med pasienten, utfylle delt beslutningstaking og tilrettelegge for delt beslutningstaking.

Veilederen til Helsedirektoratene og de yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleiere er ansvarlige for å lindre lidelse og har en aktiv deltakelse i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling. Den gruppen som opplevde å ha en større rolle i beslutningstakingen knyttet til livsforlengende behandling var intensivsykepleiere og andre sykepleiere med videreutdanning. Funn i en av studiene viste hvordan godt tverrfaglig samarbeid gav intensivsykepleierne en delaktig rolle. I tillegg til ulike strategier for å gi sykepleiere en direkte rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling.

Dette er blant annet å introdusere sykepleiere som beslutningstrener, opplæring i forhåndsplanleggingssamtaler og deltakelse på informasjonsmøter blir nevnt.

Studien baserer seg på et lite datagrunnlag og en kan derfor ikke trekke noen definitive konklusjoner, men funnene i de valgte forskningsartiklene kan tolkes som tendenser på hvordan sykepleiere opplever sin rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling. Det fremkommer tydelig i litteraturstudien og at sykepleiere bør ha en delaktig rolle i beslutningsprosessen knyttet til livsforlengende behandling. Det å ikke benytte seg av sykepleiers kunnskap fra deres kontinuerlige kontakt med pasienten anses som negativt, og kan ha uheldige utfall for både pasient, pårørende og behandlingsteam.

Referanseliste

Aakre, M. (2016). Moralsk stress - og hva det gjør med oss. *Jakten på dømmekraft* (1. utg, s. 125). Gyldendal.

Arends, S. A. M., Steenbergen, M., Thodé, M., Francke, A. L. & Jongerden, I. P. (2022). Moral distress among nurses involved in life-prolonging treatments in patients with a short life expectancy: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2531–2536. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.017>

Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4.utg, s. 2-5). McGraw-Hill UK.

Bos-Van den Hoek, D., Thode, M., Jongerden, I. P., Van Laarhoven, H. W. M., Smets, E. M. A., Tange, D., Henselmans, I. & Pasman, H. R. (2020). The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 2021(77), 296–307. <https://doi.org/10.1111/jan.14549>

Brinchmann, B. S. (2021). De fire etiske prinsipper. Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i sykepleien* (5.utg, s. 85-89). Gyldendal.

Dalland, O. (2021) *Metode og oppgaveskriving* (7.utg, s. 54-199). Gyldendal.

Dalberg, J., Dette sier loven om beslutninger om slutfase (2017), *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/05/dette-sier-loven-om-beslutninger-i-livets-slutfase>

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykosiale behov. Grov, E. K., Holter, I. M. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (Utg. 5, bind. 3, s. 900). Cappelen Damm.

Førde, R. & Lillemoen, L. (2020) Profesjonsetikk og verdigrunnlag. Førde, R., Lillemoen, L., Magelssen, M. & Pedersen, R. (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (1. Utg, 1. opplag, s. 117-122) Gyldendal.

Førde, R. & Magelssen, M. (2020) Etikk ved livets slutt. Førde, R., Lillemoen, L., Magelssen, M. & Pedersen, R. (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (1. Utg, 1. opplag, s. 117-122) Gyldendal.

Glosli, H. & Hansen, T. W. (2016) Palliasjon av barn – hva er spesielt? Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red), *Palliasjon Nordisk lærerbok* (2. utg., 1. opplag, s. 766). Gyldendal.

Helmers. A-K. B., Pasienten trekker siste åndedrag mens pårørende krangler rundt henne (2017), *Sykepleien*. Hentet 20. november 2022 fra:
<https://sykepleien.no/2017/05/pasienten-trekker-siste-andedrag-mens-parorende-krangler-rundt-henne>

Helmers. A-K. B, Retten til å bestemme over eget liv, gjelder også retten til å dø (2016), *Sykepleien*. Hentet 21. november 2022 fra:
<https://sykepleien.no/2016/11/retten-til-do>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklistor. Helsebiblioteket.no
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2022, 21. Oktober). Helsepersonelloven med kommentarer. Helsedirektoratet.no
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#paragraf-4-forsvarlighet>

Helsedirektoratet. (2013). Veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Hentet 16. Oktober fra
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/norsk-versjon>

Hofmann, B. (2021). Ethiske utfordringer med nyere bioteknologi. Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i sykepleien* (5.utg, s. 280-284). Gyldendal.

Hofstad, E. Gjenoppliver mot bedrevitende (2017), *Sykepleien*. Hentet 18. november 2022 fra: <https://sykepleien.no/2017/05/gjenoppliver-mot-bedre-vitende>

Holter, I. M. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. Grov, E. K., Holter, I. M. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (Utg. 5, bind. 3, s. 112-117). Cappelen Damm.

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2021), Tverrprofesjonelle team – kollektiv kompetanse.

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (Red.), Tverrprofesjonell samhandling og samarbeid (1. utg, 3. opplag, s. 85-97). Gyldendal.

Johnson, E. & Barbara, J. (2022). Grey area nursing: high-dependency nurses' experiences of caring for patients approaching the transition from curative to palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 28(11), 515–521. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.11.515>

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016) Palliativ medisin. Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red), *Palliasjon Nordisk lærerbok* (2. utg., 1. opplag, s. 48). Gyldendal.

Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleie. Grov, E. K., Holter, I. M. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (Utg. 5, bind. 3, s. 326). Cappelen Damm.

Magelssen, M. & Pedersen, R. (2021) Hva er «etikk» i helsetjenesten? Førde, R., Lillemoen, L., Magelssen, M. & Pedersen, R. (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (1. Utg, 1. opplag, s. 17-19) Gyldendal.

Materstvedt, L. J. & Kaasa, S. (2016) Palliasjon og eutanasi. Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red), *Palliasjon Nordisk lærerbok* (2. utg., 1. opplag, s. 48). Gyldendal.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 10. Oktober 2021 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Næss, E. T. & Halvorsen, K. H. (2021). Kommunikasjon i tverrprofesjonell samhandling.

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (Red.), Tverrprofesjonell samhandling og samarbeid (1. utg, 3. opplag, s. 153). Gyldendal.

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_4

Pedersen, R. (2021) Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse. Førde, R., Lillemoen, L., Magelssen, M. & Pedersen, R. (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (1. Utg, 1. opplag, s. 65) Gyldendal

Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175–186.

<https://doi.org/10.1177/2057158521991949>

Regjeringen (2013). Overdiagnostikk og overbehandling. Regjeringen.no. Hentet 17. Oktober fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/overdiagnostikk-og-overbehandling/id734412/>

Rønsen A., I behandlingsfellen (2017), *Sykepleien*. Hentet 20. november 2022 fra:

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/05/i-behandlingsfellen>

Sakariassen. C. B., Jeg vil ikke vente og se (2017). *Sykepleien*. Hentet 19. november 2022

fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/05/jeg-vil-ikke-vente-og-se>

Sneltvedt, T. (2021) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Brinchmann, B. S. (Red). *Etikk i sykepleien* (5.utg, s. 98-105). Gyldendal.

Stubberud, D. G. (Red.). (2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. (1. Utg, 3. opplag). Gyldendal.

Valsø, Å., Wik, M., Ambjørnsrud, B. L. (2013). Begrensning av livsforlengende behandling til sederte intensivpasienter på respirator – hva er intensivsykepleierens rolle? *Vård I Norden*, 33(4). 37–41. <https://doi.org/10.1177/010740831303300409>

Vangsnes L.E., Liv til dagene eller dager til livet (2018), *Sykepleien*. Hentet 20. november 2022 fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/05/liv-til-dagene-eller-dager-til-livet>