



Når lidelsen blir utholdelig

Sykepleieres holdninger til lindrende sedering

Hvordan et menneske dør, forblir som viktige minner hos dem som lever videre. Både av hensyn til dem og til pasienten, er det vår oppgave å kjenne til hva som forårsaker smerte og plager, og hvordan vi kan behandle disse plagene effektivt. Det som skjer de siste timene før et menneske dør, kan lege mange tidligere sår, eller forbli som utholdelige erindringer som forhindrer veien gjennom sorg.

Dame Cicely Saunders.

Den Norske Legeforening (2001).

VID Vitenskapelige Høyskole

Videreutdanning i kreftsykepleie, heltid 2018/2019

Kandidatnummer: 407

Antall ord: 3000 (Eksklusive litteraturliste, tabeller, figurer og sammendrag)

Dato: 06.05.19

Veileder: Anne Øverlie

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

NEI, jeg tillater ikke

Sammendrag

Innledning

Lindrende sedering (LS) er siste mulighet når alle andre behandlingsformer er forsøkt i håp om å få lindret pasienten fra ekstrem lidelse og det fremskynder ikke døden. LS er en av de viktigste fremgangsmåtene for å oppnå lindring ved sammensatte og avanserte symptomer. Sykepleiere ønsker å lindre alle plager, men allikevel så viser forskning at sykepleiere synes det er krevende å delta ved sedering av pasienter. Vil noen pasienter kanskje lide unødvendig fordi helsepersonell ikke ønsker å være med på palliativ sedering?

Metode

Artikkelen er en litteraturstudie.

Resultat

Forskning viser at LS ikke forkorter levetiden, det kan faktisk vise en tendens til at pasientene lever lengre. Sykepleiere synes det er spesielt vanskelig å være med på LS når pasienten ikke har vært med på beslutningen selv. Enkelte sykepleiere argumenterte med at det gikk utover dagligdagse gjøremål og sosial stimuli, og at det kunne forekomme uønskede bivirkninger. Sykepleiere som ikke har fått tilstrekkelig opplæring om LS føler at de har svekket tillit hos pasient og pårørende. Til tross for at eutanasi er lovlig i Belgia, foretrekker sykepleierne LS fremfor eutanasi, likevel mener de ikke at LS gjør eutanasi overflødig. Pårørende var fornøyde med lindringen LS gav og de opplever at det var en måte å unnslippe lidelse.

Konklusjon

Sykepleieres holdninger til LS er blandet, og kan inneholde fordommer, usikkerhet og manglende erfaring viser forskningen. De fleste sykepleiere er positive til LS når det er siste utvei og når pasientens ekstreme lidelse ikke blir lindret på andre måter.

Stikkord

Lindrende sedering, sykepleieres holdninger, livets slutfase, symptomlindring.

Abstract

Background

Palliative sedation (PS) is the final option when all other forms of treatment have been tried as a hope to ease the patient's extreme pain without accelerating death. PS is one of the most important procedures to ease the pain with complex and advanced symptoms. Nurses wish to ease all pains, but still the research shows that nurses feel it is exhausting to participate in sedation of patients. Will some patients possibly suffer unnecessarily because the health workers don't want to provide palliative sedation?

Methods

This article is a literature study.

Results

Research shows that PS does not shorten life, it can actually have a tendency to extend life. Nurses feel it is particularly difficult to provide PS when the patient has not participated in making the decision. Some nurses argue it impacted other daily tasks and social stimulation and that there could be undesired side effects. Nurses who have not received sufficient PS training feel they have reduced trust from the patient and next of kin. Although euthanasia is legal in Belgium, the nurses prefer PS instead of euthanasia. They believe PS will make euthanasia obsolete. Next of kin was satisfied with the pain relief PS gave and indicated the experienced PS as a way of easing the pain of the patient.

Conclusion

Nurses' attitude toward PS are mixed, but prejudices, uncertainty and lack of experience are something that is repeated in the research. Most nurses are positive to PS when it is the last option and they are unable to sufficiently ease the patient's extreme pain with other methods.

Keywords

Palliative sedation, nurses attitudes, end-of-life care, symptom control.

Innledning

Lindrende sedering (LS) er behandling med mål om å lindre/dempe sterke smerter og symptomer som kan oppstå i livets aller siste dager. LS innebærer å gi medikamenter som senker bevissthetsnivået inntil pasienten ikke lengre opplever plagene, og behandlingen må ofte kontinueres til døden inntreffer (Brenne & Dalene, 2016, s.650). Det er oftest kommunisert med pasienten og/eller pårørende og gitt samtykke i forkant av sederingen. I tillegg blir LS diskutert tverrfaglig basert på en helhetlig faglig vurdering. Maltoni et al. (2012) hevder at LS er en av de viktigste fremgangsmåtene for å oppnå lindring ved sammensatte og avanserte symptomer. LS er siste mulighet når alle andre behandlingsformer er forsøkt i håp om å få lindret pasienten fra ekstrem lidelse og det fremskynder ikke døden.

Etter Bærum-saken, hvor en lege ble anmeldt for å ha utført aktiv dødshjelp på 11 pasienter, er det i dag indikasjoner på at helsepersonell i Norge er redde for å gi god nok lindring, i frykt for å bli anklaget for aktiv dødshjelp (Materstvedt, Ottesen, Hofacker & Syse, 2019). Legen ble frikjent og i kjølvannet etter Bærum-saken ble det i 2001 ferdigstilt retningslinjer for LS som ble revidert og oppdatert i 2014. I en rapport fra Helsetilsynet i 2006 var det en tydelig reduksjon i interessen for LS etter Bærum-saken (ibid.). Har flere pasienter lidd unødige fordi helsepersonell er redde for å gi god nok lindring i frykt for å bli beskyldt for aktiv dødshjelp?

Bakgrunn

Palliasjon er behandling til pasienter med kroniske og inkurable sykdommer. Palliasjon skal verken fremskynde døden eller forlenge dødsprosessen. Det arbeides tverrfaglig med pleie og omsorg til pasient og pårørende med fokus på livskvalitet og ideen om å gi liv til dagene, fremfor dager til livet (Helsedirektoratet, 2019). Dame Cicely Saunders utviklet hospicefilosofien og gjennom sitt arbeid med pasienter så hun at smerter ikke kun var fysisk, men også omfattet psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter som gjensidig påvirker hverandre. Dette omtalte hun som ”total pain”, noe som har blitt en bærebjelke innen palliasjon (Kaasa & Loge, 2016, s.37). Eutanasi (assistert død) er ikke tillatt i Norge, men debatten er stadig diskutert i tabloider. Definisjonen på eutanasi er at legen injiserer sovemedisin til en pasient som ønsker å dø. Deretter injiseres muskelavslappende medisin som resulterer i respirasjonsstopp hvorpå pasienten dør i løpet av sekunder eller minutter (Materstvedt & Kaasa, 2016, s.85).

Ifølge Nortvedt og Nortvedt (2018, s.110) utfordres vår profesjonalitet ved gjenkjennelse av smerter og lidelser, men mulighetene for profesjonelt engasjement og nærvær åpnes samtidig. Ved at sykepleieren leser anamnesen og setter seg inn i pasientens lidelse vil det gjennom

samtale kunne bidra til en profesjonell og kunnskapsbasert smertebehandling. Akutte smerter kan resultere i agitasjon, roping og gråt, og sykepleiere blir konfrontert med egen engstelse for smerte og dødelighet i møte med pasienter i slike situasjoner. Videre hevder Nortvedt og Nortvedt (2018) at et kjernepunkt i all smertebehandling er å forstå smertens fenomenologi. Hvis vi ikke kan forstå smerten og hvordan den blir altoppslukende for pasienten, vil behandlingen kunne bli ufølsom og kanskje risikerer vi å skyte i blinde. I ulike prosedyrer må vi derfor evne emosjonell tilstedeværelse selv om de er smertefulle.

Forekomsten av plager for kreftpasienter med langtkommen sykdom er høy. Over 70% har sammensatte smerter, det er den plagen kreftpasienter frykter mest (Kongsgaard, 2017, s.181). Sykepleiere ønsker å lindre plager, men allikevel så viser forskning at sykepleiere synes det er krevende å delta ved sedering av pasienter. Vil noen pasienter kanskje lide unødvendig fordi helsepersonell ikke ønsker å være med på palliativ sedering? Det er vår plikt å lindre plager og palliativ sedering er god symptomlindring når andre tiltak ikke strekker til (Barathi & Chandra, 2013).

I artikkelen nevnes ulike grader av sedering. Det finnes ingen fasit for hva som er mild sedering i forhold til doser av beroligende og hva som grenser til dyp sedering. All sedering må titreres forsiktig til det hver enkelt pasient tolererer (Maltoni et al., 2012). Kreftpasienter med langtkommen sykdom tåler oftest mer opioider og benzodiazepiner enn andre palliative pasienter og trenger derfor høyere doser for å bli lindret (Barathi & Chandra, 2013).

Hensikt og problemstilling

Hensikten med artikkelen er å undersøke hvorfor sykepleiere synes det er utfordrende å delta i LS av pasienten. Det finnes noe forskning om temaet, her viser det seg at mange artikler trekker frem sykepleieres holdninger. Hvilke barrierer hindrer sykepleiere i å være komfortable med LS?

Problemstillingen blir som følgende: *Sykepleieres holdninger til palliativ sedering.*

Metode

Artikkelen er en litteraturstudie. En litteraturstudie består av tidligere forskning og selvvalgt litteratur som bearbeides for å danne gode teoretiske referanserammer. På grunn av manglende litteratur fra lærebøker, vil artikkelen baseres på forskning, fagartikler og retningslinjer. Dette blir kritisk vurdert, sammenfattet og drøftet, og målet er å gi leseren god forståelse av oppdatert kunnskap innen valgt område som er lindring i livets slutfase og sykepleieres holdninger (Thidemann & Thidemann, 2015).

Det ble gjort søk i SveMed+ og Cinahl for å kartlegge eksisterende forskning innenfor LS. Følgende søkeordene ble benyttet ”palliative sedation” og ”nurses attitudes”. Det ble ikke anvendt noen artikler fra SveMed+ grunnet relevans. Det ble lest mange overskrifter og sammendrag på mange av de 63 funnene og ekskludert ut i fra det. Artiklene er alle på engelsk og utgitt etter 2010 med unntak av en studie som er utført i Norge i 2008. Denne ble inkludert grunnet interessen for hvilke holdninger norske sykepleiere har til LS. Det ble ikke søkt spesifikt på kreftpasienter, men etter å ha lest en del forskning, var det helt tydelig at det er flest kreftpasienter som blir sedert. Det ble til slutt et utvalg på syv artikler som er anvendt i denne artikkelen. I tillegg er det også ”googlet” en god del innenfor temaet og lest utallige kronikker om sedering, eutanasi, symptomkontroll og sykepleie ved livets slutt.

Etiske vurderinger

Alle forskningsartiklene som er valgt er hentet fra anerkjente tidsskrifter innenfor kreftbehandling. Artiklene har fulgt standarder for medisinske etiske komiteer og ansees derfor som etisk uproblematisk for videre gjengivelse og bruk.

Resultat

Gran & Miller (2008) ønsket å utforske om sykepleiere anså dyp sedasjon som et etisk problem, og i så fall hvorfor de opplevde det problematisk. Åttiåtte prosent av respondentene hadde gitt sykepleie til lidende pasienter, hvorav 78% hadde vært med på LS og 63% opplevde det som etisk utfordrende. Det var spesielt utfordrende når pasientene ikke var med på avgjørelsen om LS, når pårørende hadde et ønske om å fortsatt kommunisere med pasientene og når sykepleierne var usikre på de kliniske tegnene om symptomlindring når pasientene ikke kunne kommunisere.

I den systematiske oversiktsartikkelen til Barathi & Chandra (2013) undersøkte de effekten LS hadde på gjennomsnittlig levetid hos døende pasienter. Denne artikkelen er basert på 11 prospektive og retrospektive studier for å sammenligne om pasientenes liv kan forkortes av LS. Behandlingen var satt i gang for forskjellige symptomer som dyspné, smerter, delir og eksistensielle plager. Det ble brukt mange like legemidler, men også noen ulike i de utvalgte studiene. Statistisk sett var det ikke en signifikant forskjell hos pasientene som fikk LS og de som ikke fikk det.

Målet til Gielen, Van den Branden, Iersel & Broeckaert (2012) med denne kvantitative studien var å undersøke hvilke etiske holdninger palliative sykepleiere hadde til LS. De ønsket også å kartlegge faktorer som kunne påvirke holdningene deres. De fant ingen klar

forskjell mellom religion, alder, erfaring, kjønn eller hvor de bodde. Synet på LS stammer tydeligvis fra andre faktorer. Til tross for at eutanasi er lovlig i Belgia, foretrekker sykepleierne LS fremfor eutanasi, likevel mener de ikke at LS gjør eutanasi overflødig. De mest åpenbare forskjellene blant sykepleierne var omkring deres meninger rundt innledning av LS. Flertallet mente en kan administrere dyp eller kontinuerlig sedering uten å prøve mild eller intermitterende først, mens andre sykepleiere var mer tilbøyelige til bruken av dyp og kontinuerlig sedering.

Gielen et al. (2011) sin studie ønsket å kartlegge sykepleieres holdninger til smertelindring og LS. Respondentene opplevde ikke smertelindring med høye doser som etisk utfordrende, så lenge de ble titrert til smertene. Mild sedasjon var akseptabelt, men dyp sedasjon var mer problematisk. Enkelte argumenterte med at det gikk utover dagligdagse gjøremål og sosial stimuli, og at det kunne forekomme uønskede bivirkninger. Noen få respondenter mente at LS ville fremskynde døden.

Hensikten til Zuleta-Benjumea, Muñoz, Vèlez & Krikorian (2018) i sin kvantitative og kvalitative artikkelen var å utforske aspektene relatert til sykepleieres helhetlige rolle innen LS. Deltakerne savner mer kunnskap om bivirkninger av LS og mener de ikke kjenner prosedyren tilstrekkelig, slik opplever de å ha svekket tillit hos pasienter og pårørende. Mangelen på kunnskap gjør at det trigger den personlige og profesjonelle selvtilliten negativt ved å bli konfrontert av pårørende med spørsmål de ikke kan svare på. Sykepleierne uttrykte tilfredshet ved å gi lindring gjennom sedering og så tydelig sin viktige rolle ved LS.

Målet til Maltoni et al. (2012) med sin observasjons longitudinelle kohort-studie var å undersøke sammensatte plager, kliniske beslutningsprosesser, hvor lenge og hvordan LS blir praktisert. Ett hundre prosent av pårørende og 41,85% av pasientene ble inkludert i de kliniske beslutningsprosessene angående LS. Dyp sedasjon ble anvendt på 58,3% av de sederte pasientene. De kunne se en trend på at sederte pasienter kunne leve litt lengre enn de ikke-sederte.

I den sammenlignings komparative studien til Tursunov, Cherny & Ganz (2016) var målet å finne ut hvordan nærmeste pårørende erfarte at pasienten fikk LS mot slutten av livet. Over 80% av de spurte var fornøyde med lindringen LS gav, at det var en etisk måte å unnsnippe lidelse, og for støtten de fikk av pleierne. En tredjedel følte at pasientens liv ble forkortet, og mange pårørende var ikke klare for en forandring av situasjonen og ønsket derfor mer informasjon om andre behandlingsalternativer. Til tross for dette mente mange når de ble spurt en tid etter dødsfallet at det ikke var andre muligheter enn LS for å lindre plagene.

Diskusjon

Forkortet levetid

Mange av artiklene hevder at sykepleiere oppfatter at LS forkorter levetiden. Hvor kommer dette ryktet om at LS tar livet av pasientene fra? Er det etter saker som for eksempel Bærum-saken og liknende saker som har vært en del i media? Det er enda ikke funnet en artikkel hvor det viser seg at LS påvirker levetiden i negativ grad. Denne behandlingen er basert på ikke-skadeprinsippet som omhandler forpliktelsen helsepersonell har for ikke å påføre fysisk og psykisk skade. Samtlige artikler som tar opp temaet om forkortet levetid, viser ingen signifikant forskjell på at pasientene som får LS lever kortere enn de som ikke får behandlingen. Barathi & Chandra (2013) fant ingen tegn på at LS forkortet livet. Ett unntak er i studien til Tursunov et al. (2016) hvor en tredjedel av pårørende følte at livet til pasienten ble forkortet med LS. I motsetning til artikkelen til Maltoni et al. (2012) hvor det viste en trend at pasientene som fikk LS faktisk levde litt lengre enn de ikke-sederte. Dette er interessant når media og tabloidene tidvis kan hevde noe annet. Materstvedt et al. (2019) forklarer at ettersom LS er siste utvei grunnet uutholdelig lidelse, så har en tilstrekkelig grunn til å godta den uønskede og mulige konsekvensen, som kan være at pasienten dør av bivirkninger grunnet LS. I forhold til rettferdighetsprinsippet, kan det diskuteres om det er et like godt tilbud om LS nasjonalt, for ikke å snakke om internasjonalt. Her kreves kompetanseoverføring og opplæring av helsepersonell som skal yte behandlingen.

Sykepleieres barrierer

Sykepleiere har et grunnleggende fundament, og i dette fundamentet ligger blant annet redselen for å gi for mye medisiner. Sykepleiere kjenner bivirkningene av for mye opioider og benzodiazepiner, og vet det kan resultere i respirasjonsdepresjon og i verste fall respirasjonsstans (Felleskatalogen, 2019). Med denne kunnskapen er det forståelig at sykepleiere heller er på den sikre siden med lave doser, enn å administrere store og/eller hyppige doser. Dette viser manglende kunnskap og denne kunnskapen må sykepleiere søke. Det foreligger også indikasjoner som tyder på at leger er redde for LS grunnet frykten for å bli beskyldt for eutanasi (Materstvedt et al., 2019). I studien til Gran & Miller (2008) mente flere sykepleiere at pasienten og/eller pårørendes meninger skulle veies i forhold til avgjørelsen når det var nødvendig å bruke LS. De opplevde derfor at det var krevende i de tilfellene hvor pasientene ikke var kontaktbare eller når pasienten ikke var delaktig i avgjørelsen. Sykepleierne i studien til Gielen et al. (2011) støtter også at LS var mindre etisk problematisk dersom pasienten og/eller pårørende var med på avgjørelsen. Noen av sykepleierne mente at

LS ville forkorte livet, men de argumenterte ikke imot LS av den grunn fordi lindring var viktigere (ibid.). Et relevant punkt å ta med er at pasientene kun var sedert halvannet døgn i gjennomsnitt før de døde, så de var trolig ikke kontaktbare og kunne derfor ikke delta i beslutningsprosessen (Maltoni et al., 2012). Zuleta-Benjumea et al. (2018) skriver at mange sykepleiere føler på ulike følelser i forbindelse med LS, og at enkelte av tankene er negative og relatert til misoppfatninger om LS. Det er helt tydelig at de trenger mer opplæring og informasjon om LS ut ifra hva en leser i artikkelen. Eksempelvis er noen redde for å være med på LS fordi de frykter å utføre eutanasi ubevisst ved å gi for mye beroligende.

Sykepleierne opplever at de har svekket tillit hos pasienter og pårørende fordi de kan for lite om temaet (ibid.). Flere sykepleiere i studien til Gran og Miller (2008) hevdet at LS var vanskelig fordi pasienten ikke kunne formidle sine smerter når hen var sedert. På denne måten slet sykepleierne med å se om vedkommende hadde smerter eller ubehag. Redslar ble også snakket om i studien til Zuleta-Benjumea et al. (2018), på den ene siden håper de ikke å få spørsmål fra pårørende om LS fordi de er redde for ikke å kunne svare riktig. På den andre siden så er de ikke i tvil om sin viktige helhetlige rolle i forbindelse med LS. De opplever en tilfredshet når avgjørelsen om LS er tatt, og pasienten endelig er sedert. Da ser de hvilken ro pasienten får og hvordan det påvirker pårørende. Da ser de på gitt behandling som en god læringssituasjon og de forstår hvor viktig deres rolle er i forhold til å ivareta pasienten og pårørende på en god måte. Ved å øke selvtilliten til sykepleierne med kunnskap rundt LS, vil det trolig øke deres empowerment og bedre det psykiske stresset som mange sykepleiere opplever (ibid.). Gielen et al. (2011) hevder at sykepleiere som ikke hadde pleiet pasienter i terminal fase de siste tre årene, var de som hadde mest motforestillinger for å gi høye doser med opioider fordi de sammenliknet det med eutanasi. Kun en femtedel av sykepleierne i studien til Gielen et al. (2012) mente at LS kan erstatte frivillig eutanasi. De resterende 75% foretrakk LS fremfor frivillig eutanasi. Dette er spennende lesing med tanke på at eutanasi har vært tillatt i Belgia siden 2002 (Materstvedt & Kaasa, 2016, s.91). Til tross for at eutanasi kan være en enklere vei ut av lidelsen, og det er legalt i Belgia, så foretrekker sykepleierne LS fremfor eutanasi.

En verdig død

Argumentasjonen mot LS hos sykepleierne i studien til Gielen et al. (2011) var at sederingen gikk utover de hverdagslige gjøremålene og at pasienten ikke fikk vært sosial med pårørende. Pasienten er ikke i stand til å delta på hverdagslige sosiale sammenkomster når det er grunnlag for å sedere vedkommende. Da har pasienten trolig få dager igjen av livet, om en holder seg til retningslinjene for sedering fra Den Norske Legeforening (2014), og har en

uutholdelig smerte som gjør at legene kun kan lindre pasienten ved å sedere hen. I studien var det 415 sykepleiere med erfaring innen palliasjon som responderte. Det er synd å se at de kanskje revurderer LS fordi pasienten skal kunne være med på det sosiale når forskningen til Maltoni et al. (2012) viser at pasientene kun er sedert halvannet døgn i gjennomsnitt før de dør. Det vil si at de har redusert kapasitet til å delta sosialt fordi dødsprosessen er begynt. ”Vi dør ikke fordi vi slutter å spise, vi slutter å spise fordi vi skal dø”. Dette er en setning som ofte brukes i samtale med pårørende for å få de til å forstå at dødsprosessen er i gang. Viktigheten av informasjon er sentral i denne fasen. Når dødsprosessen er i gang er det redusert behov for mat og drikke. Ved å samtale jevnlig med pårørende vil det styrke at pasienten kan få dø i verdighet. Ifølge Solheim & Vagnildhaug (2016) har ikke intravenøs ernæring og sondeernæring vist bedring i overlevelse hos pasienter med langtkommen kreft i ulike studier. Dersom pasienten som skal få LS allerede har sluttet å ta til seg væske, bør det ikke gis intravenøs væske, ifølge Den Norske Legeforening (2014). I artikkelen til Gielen et al. (2012) er forskningen kun basert på palliative sykepleiere fordi de har bedre kjennskap til LS og de står i slike situasjoner hyppigere enn sykepleiere på andre avdelinger. 94,1% av de spurte støttet ikke intravenøs væske eller ernæring under LS.

Metodediskusjon

En begrensning med artikkelen er at det ikke ble funnet mengder av forskning på temaet og at enkelte forskningsartikler er flere år gamle. Til tross for dette, er de inkludert fordi de belyser viktige funn i forhold til problemstillingen. De fleste artiklene er utenlandske, men fra vestlige land og har dermed overføringsverdi til norske forhold.

Konklusjon

Sykepleieres holdninger til LS er blandet, og kan inneholde fordommer, usikkerhet og manglende erfaring viser forskningen. De fleste sykepleiere er positive til LS når det er siste utvei og når pasientens ekstreme lidelse ikke blir lindret på andre måter.

Smertelindring er komplisert og krevende. Det er ikke alltid helsepersonell får lindret plagene med adekvat smerte- og symptomlindring og LS vil da kunne være med å minimere lidelsen på vei mot døden. Mange tror at LS forkorter levetiden, men dette avkreftes i forskning.

Implikasjoner for praksis er at sykepleiere mangler kunnskap innenfor lindring og sedering, og de må derfor søke denne.

Det oppfordres til mer forskning for å trygge sykepleiere i morgendagens terminalpleie.

Referanseliste

- Barathi, B. & Chandra, P. S. (2013). *Palliative Sedation in Advanced Cancer Patients: Does it Shorten Survival Time? - A Systematic Review*. Indian Journal of Palliative Care, vol. 19, issue 1, s. 40-47.
- Brenne, A. T. & Dalene, R. (2016). Kapittel 49: Symptomlindring av den døende pasienten. I Kaasa, S. & Loge, J. H. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (s. 638-651). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Den Norske Legeforening (2001). *Kapittel 6: Et liv med verdighet - til det siste*. <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-6-et-liv-med-verdighet-til-det-siste2/>
Lastet ned 15.04.19
- Den Norske Legeforening (2014). *Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase*. <https://legeforeningen.no/spesial/Norsk-forening-for-palliativ-medisin/Veiledere/retningslinjer-for-lindrende-sedering-til-doende/>
Lastet ned 15.04.19
- Felleskatalogen (2019) *Midazolam Accord*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/midazolam-accord-accord-591458>
Lastet ned 29.04.19
- Solheim, T. S. & Vagnildhaug, O. M. (2016). Kapittel 40: Kakeksibehandling. I Kaasa, S. & Loge, J. H. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (s. 529-537). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Gran, S. V. & Miller, J. (2008). *Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation*. International Journal of Palliative Nursing, vol. 14, no. 11, s. 532-538.
- Gielen, J., Gupta, H., Rajvanshi, A., Bhatnagar, S., Mishra, S., Chaturvedi, A. K., Van den Branden, S. & Broeckaert, B. (2011). *The Attitudes of Indian Palliative-care Nurses and Physicians to Pain Control and Palliative Sedation*. Indian Journal of Palliative Care, vol. 17, issue 1, s. 33-41.
- Gielen, J., Van den Branden, S., Iersel, T. V. & Broeckaert, B. (2012). *Flemish palliative-care nurses' attitudes to palliative sedation: A quantitative study*. Belgium: Nursing ethics vol. 19, s. 692-704.
- Helsedirektoratet (2019). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon> Lastet ned 15.04.19.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Kapittel 1: Palliativ medisin – en innledning. I Kaasa, S. & Loge, J. H. *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (s. 34-50). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Kongsgaard, U. E. (2017). Kapittel 11: Smerter og smertebehandling. I Reitan, A. M & Schølberg, T. K. *Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*. (4. utg. s. 181-197). Oslo: Cappelen Damm AS
- Maltoni, M., Miccinesi, G., Morino, P., Scarpi, E., Bulli, F., Martini, F., Canzani, F., Dall'Agata, M., Paci, E. & Amadori, D. (2012). *Prospective observational Italian study on palliative sedation in two hospice settings: differences in casemixes and clinical care*. Support Care Cancer, s. 2829-2836.

- Materstvedt, L. J. & Kaasa, S. (2016). Kapittel 5: Palliasjon og eutanasi. I Kaasa, S. & Loge, J. H. Palliasjon. Nordisk lærebok. (s. 83-96). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Materstvedt, L. J., Ottesen, S., Hofacker, S. V. & Syse, A. (2019). *Unødvendig lidelse kan unngås ved livets slutt*.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/01/29/unodvendig-lidelse-kan-unngas-ved-livets-slutt/> Publisert: 29.01.19.
- Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). Smerte – fenomen og etikk. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Thidemann, I.-J. & Thidemann, M. U. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tursunov, O., Cherny, N. I. & Ganz, F. D. (2016). *Experiences of Family Members of Dying Patients Receiving Palliative Sedation*. *Oncology Nursing Forum*, vol. 43, no. 6, s. 226-232.
- Zuleta-Benjumea, A., Muñoz, S. M., Vèlez, M. C. & Krikorian A. (2018). *Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation*. *Wiley Journal of Clinical Nursing*, s. 3968-3978.