

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Helsevesenet må styrke tilbudet om palliasjon for å hindre at dødshjelp blir svaret

Mange sykepleiere mangler kompetansen som trengs i møte med døden. Helsevesenet må satse mer på utdanning og ressurser for å sikre pasientene verdig omsorg.

Sandra Jahr Svendsen

Sykepleier og kreftkoordinator
Tjenestekontoret, Skedsmo kommune

Karoline Svoboda Skedsmo

Fagutviklingssykepleier og høskolelektor
ØNH Sengepost, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og Lovisenberg diakonale høyskole

Dødshjelp

Palliasjon

Kreftsykepleie

Hjemmedød

Sykepleien 2025;113(101212):e-101212

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.101212](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.101212)

Hovedbudskap

Når alvorlig syke pasienter ber om dødshjelp, må vi som helsepersonell spørre oss: Har vi gjort nok for å lindre deres «total pain» med god og helhetlig omsorg? Sykepleiere spiller en nøkkelrolle i å gi trygghet, verdighet og lindring, men de trenger både støtte og solid kompetanse for å lykkes. For at dødshjelp ikke skal bli et uttrykk for et omsorgssystem i krise, må vi styrke tilbudet om palliasjon – der sykepleiere møter pasientene, hver dag, gjennom hele sykdomsforløpet.

Debatten om dødshjelp blusset for alvor opp igjen i kjølvannet av TV 2-serien *Norge bak fasaden: Dødsenglene*. I et debattinnlegg i Dagens Medisin (1) etterlyser vi refleksjoner rundt hva ønsket om dødshjelp egentlig sier om samfunnet vårt, og hvordan vi som samfunn tar vare på alvorlig syke og sårbare mennesker.

I denne fagartikkelen ønsker vi å belyse hvordan vi som helsepersonell kan møte alvorlig syke pasienter med god palliativ omsorg – å møte deres «total pain» med «total care».

Vi står overfor utfordringer knyttet til å gi helhetlig omsorg og lindring til pasienter med alvorlig og livsbegrensende sykdom, både i Norge og internasjonalt. Behovet for mer kompetanse i palliativ omsorg er tydelig beskrevet i nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2) og i Meld. St. 24 (2019–2020) «Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve» (3).

Internasjonalt fremheves behovet for mer kompetanse og utdanning i palliativ omsorg som avgjørende for å sikre god omsorg til flere (4).

Behovet for palliasjon øker

Gjennom møter med pasienter og kollegaer la legen, sosialarbeideren og sykepleieren Cicely Saunders grunnlaget for moderne palliasjon, det vi i dag kaller hospicefilosofien (5). Hun viste at lidelse er mer enn fysisk smerte; den kan også være psykisk, sosial og åndelig eller eksistensiell – «total pain». Pasientens «total pain» må møtes med «total care».

«Pasienten må oppleve at alle sider ved lidelsen blir sett og tatt på alvor.»

Pasienten må oppleve at alle sider ved lidelsen blir sett og tatt på alvor, og at helsevesenet er rigget for å ivareta dette brede perspektivet. Spørsmålet er: Hvordan kan vi sikre slik helhetlig omsorg i praksis, uansett hvor i systemet pasienten befinner seg?

Hospice og spesialiserte palliative enheter har lenge vært sett på som idealet for god lindring og en verdig død. Men behovet for kompetanse og ressurser innenfor palliasjon øker i takt med antall eldre og kronisk syke (6). Å tro at hospice og spesialiserte enheter alene kan møte dette behovet, er naivt.

Samarbeid kan bidra til bedre lindring

Hele helsevesenet må være rigget for å ivareta pasienter med behov for helhetlig palliativ omsorg (3). Når kompetansen og ressursene er på plass, kan pasientene oppleve kontinuitet og trygghet i behandlingen.

En fragmentert helsetjeneste skaper derimot usikkerhet – både for pasientene, pårørende og helsepersonellet (7). Forutsigbarhet, kontinuitet og godt samarbeid mellom helsepersonell kan bidra til bedre lindring (8).

Palliativ omsorg må være en naturlig del av både primær- og spesialisthelsetjenesten, og helsepersonell på alle nivåer skal ha grunnleggende kompetanse i palliasjon (2).

Uansett hvor pasienten befinner seg og hvilket helsepersonell de møter, skal de møtes av fagfolk som ivaretar behovet for palliasjon, og vet når det er nødvendig å henvise videre til mer spesialiserte tjenester (2).

Nyutdannede sykepleiere mangler palliativ kompetanse

Grunnleggende palliasjon skal inngå i helseutdanningene. Likevel viser forskning at nyutdannede sykepleiere ofte mangler den kompetansen som kreves for å føle seg trygge i møte med døden og palliativ omsorg (9, 10).

Sykepleieres kompetanse er avgjørende – de utgjør den største gruppen helsepersonell, er pasientenes primære kontaktperson i helsevesenet og er til stede hele døgnet, året rundt (11).

«Nyutdannede sykepleiere mangler ofte den kompetansen som kreves for å føle seg trygge i møte med døden og palliativ omsorg.»

Ved spesialavdelinger skal det være ansatte med spesialistutdanning i palliasjon, slik at også pasienter med sammensatte og komplekse behov får riktig hjelp (2).

Likevel bygges utdanningstilbudet innen palliasjon ned i stedet for opp, til tross for det godt dokumenterte behovet for tverrfaglig palliativ kompetanse. Et eksempel er at videreutdanningen i palliativ omsorg ved NTNU Gjøvik er besluttet nedlagt (12).

Stortinget gir grønt lys for palliativ spesialisering

I 2024 leverte Helsedirektoratet en rapport om å etablere palliativ medisin som en egen legespesialitet. Saken ble lagt på is på ubestemt tid (13), noe som skapte uro i fagmiljøet.

I mai 2025 vedtok imidlertid Stortinget at palliativ medisin skal etableres som en påbyggingsspesialitet for leger, noe som gir håp om å sikre fremtidens behov for spesialistkompetanse og ivareta pasientenes behov for tverrfaglig «total care».

Når behovene til pasienter og pårørendes ikke kan møtes med grunnleggende palliasjonskompetanse, må det finnes veletablerte, spesialiserte tjenester å henvise til. Samtidig er det avgjørende å sikre kompetanse i palliasjon for alle yrkesgrupper som jobber tverrfaglig rundt pasienten, slik at hver kan bidra på riktig nivå (2).

Flere pasientgrupper trenger lindring

Behovet for palliativ omsorg gjelder langt flere enn pasienter med kreft. Cicely Saunders pekte tidlig på at også andre pasientgrupper trenger god lindring (14) – et behov vi vet vil øke i fremtiden (3, 15). Dette gjelder blant annet pasienter med hjertesvikt, kols, nyresvikt og nevrodegenerative sykdommer som Alzheimers sykdom og Parkinsons sykdom (16).

For å sikre at disse pasientene får adekvat lindring og omsorg, må tilbudet styrkes – ikke bygges ned slik trenden er nå. Et helhetlig, robust og kompetent palliativt tilbud er essensielt for å hindre at dødshjelp blir oppfattet som løsningen når systemet mangler ressurser og fagkompetanse.

Pasientene og de pårørende må oppleve at behovene deres blir møtt – enten det handler om smerter og andre fysiske plager, hjelpemidler i hjemmet, psykisk helsehjelp eller økonomiske utfordringer knyttet til sykdom og død.

Samfunnet skaper press på sårbare

I debatten om dødshjelp trekkes retten til en verdig død frem, der pasienter ikke opplever unødvendig lidelse eller manglende valgmuligheter. Men handler det om retten til, eller plikten til, en verdig død? Og hva med retten til et verdig liv med god palliativ omsorg når alvorlig sykdom rammer?

«En viktig del av helhetlig omsorg er å gi pasienter rom til å være syke og sårbare.»

I et innlegg i Aftenposten 1. mars (17) spør en syk ung jente om dødshjelp kan bli oppfattet som en plikt – en forventning om å takke ja dersom det blir tillatt i Norge. Hun beskriver byrden det er å vite at du er en byrde.

En viktig del av helhetlig omsorg er å gi pasienter rom til å være syke og sårbare. Når samfunnet vektlegger produktivitet og effektivitet, kan det skape en kultur hvor sårbarhet og sykdom oppfattes som en belastning. Dette kan føre til at personer som er syke og sårbare, føler seg presset til å velge dødshjelp – ikke av eget ønske, men av hensyn til andre eller av frykt for å være en belastning.

Hospicefilosofien løfter livets verdi

En helhetlig tilnærming, basert på hospicefilosofiens prinsipper, kan bidra til å endre kulturen ved å løfte frem verdien av menneskeliv i alle faser. Når denne filosofien preger omsorgen for syke og sårbare, skapes et mer inkluderende samfunn der ingen skal måtte føle seg som en belastning.

For å få dette til må helsepersonell ha tid og rom til å se hele mennesket – og jobbe i velfungerende tverrfaglige team som gir helhetlig omsorg (18).

Pasienter og pårørende må kunne stole på at helsevesenet har kompetansen og tryggheten som trengs når alvorlig sykdom rammer og livet går mot slutten (19). Dette krever en helhetlig tilnærming – ikke et snevert sykdomsfokus der døden betraktes som et problem som skal løses.

Vi må erkjenne døden som en naturlig del av livet og støtte pasienter i den eksistensielle og emosjonelle prosessen det er å balansere håp om liv med aksept for døden (20). Dette krever endringer både i helsevesenet og i samfunnet, der døden får mer plass og blir et tema vi tør å snakke om tidligere. Slik kan viktige avklaringer og gode beslutninger tas i tide. Døden skal verken fremskyndes eller forlenges (21).

Sykepleiere må styrke kompetansen

Det er et paradoks at vi i dag både overbehandler pasienter i livets slutfase (21) – og dermed forlenger lidelsen – samtidig som dødshjelp etterlyses som løsning. Med bedre beslutningsprosesser, tydelig kommunikasjon og økt kompetanse i palliativ omsorg kan vi gradvis redusere dette paradokset.

Vi må erkjenne at noen alltid vil ønske dødshjelp, uavhengig av hvor godt det palliative tilbudet er. Men dette må ikke bli en hvilepute som hindrer oss i å styrke og utvikle fagfeltet.

«For at sykepleiere skal kunne ivareta rollen sin, må utdanning i palliativ omsorg styrkes på høyt nivå.»

Det finnes mange barrierer for å sikre god palliativ omsorg: manglende utdanning og erfaring, en aggressiv behandlingskultur, vansker med prognoser, urealistiske forventninger, sviktende kommunikasjon i tverrfaglige team og uenighet om hvem som kan ha nytte av palliasjon (22, 23).

Sykepleiere spiller en avgjørende rolle i disse prosessene (24). For at de skal kunne ivareta rollen sin, må utdanning i palliativ omsorg styrkes på høyt nivå. Utdanningen må gi rom for kritisk tenkning og refleksjon, slik at sykepleiere er godt forberedt i møtet med pasienter, pårørende og annet helsepersonell (25).

Samfunnet må gi rom for sårbarhet

Med Cicely Saunders' velkjente ord vil vi understreke betydningen av god palliativ omsorg i et samfunn som gir rom for alvorlig sykdom, sårbarhet og svakhet – i stedet for å se dødshjelp som løsningen på en svært kompleks situasjon: «You matter because you are you. You matter to the last moment of life, and we will do all we can to help you not only to die peacefully, but also to live until you die» (14, s. 250)

For å sikre at pasienter møtes med helhetlig palliativ omsorg i hele helsevesenet, må vi styrke kompetansen og ressursene på feltet – og spre hospicefilosofiens prinsipper bredere i tjenestene. Et sterkt helsevesen er et helsevesen som gir rom for både liv og død.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



HELHETLIG OMSORG: Pasienter og pårørende må kunne stole på at helsevesenet møter både liv og død med kompetanse og trygghet. *Illustrasjonsfoto: Chinnapong / Shutterstock / NTB*

1. Skedsmo K, Svendsen SJ. En serie i true crime-format er ingen god inngang til debatten om dødshjelp [internett]. Oslo: Dagens Medisin; 24. februar 2025 [hentet 10. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/en-serie-i-true-crime-format-er-ingen-god-inngang-til-debatten-om-dodshjelp/675521>
2. Helsedirektoratet. Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram. Nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [oppdatert 14. oktober 2019; hentet 11. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
3. Meld. St. 24 (2019–2020). Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2020 [hentet 6. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
4. Verdens helseorganisasjon (WHO). Global atlas of palliative care (2nd edition) [internett]. London: WHO; 2020 [hentet 4. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.paho.org/en/node/75063>
5. Grønvold M. Definition af den palliative indsats. I: Neergaard MA, Larsen H, red. Palliativ medicin – en lærebog. 1. utg. København: Munksgaard; 2015.
6. Helsedirektoratet. Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [hentet 4. mars 2025]. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-mot-livets-slutt--a-skape-liv-til-dagene/id2400892/>

7. Steihaug S, Johannessen AK, Ådnanes M, Paulsen B, Mannion R. Challenges in achieving collaboration in clinical practice: The case of Norwegian health care. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):3. DOI: [10.5334/ijic.2217](https://doi.org/10.5334/ijic.2217)
8. Kesonen P, Salminen L, Kero J, Aappola J, Haavisto E. An integrative review of interprofessional teamwork and required competence in specialized palliative care. *Omega (Westport)*. 2024;89(3):1047–73. DOI: [10.1177/00302228221085468](https://doi.org/10.1177/00302228221085468)
9. Malone LD, Anderson J, Croxon L. Are newly graduated nurses ready to deal with death and dying? – a literature review. *Nurs Palliat Care*. 2016;1:89–93. DOI: [10.15761/NPC.1000123](https://doi.org/10.15761/NPC.1000123)
10. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2016;53:320–30. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013)
11. Pereira SM, Hernández-Marrero P, Pasman HR, Capelas ML, Larkin P, Francke AL. Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliat Med*. 2021;35(1):130–41. DOI: [10.1177/0269216320956817](https://doi.org/10.1177/0269216320956817)
12. Dolonen KA. Fakultetsstyret ved NTNU vedtok nedleggelse av AKS og flere masterprogrammer for sykepleiere [internett]. Oslo: Sykepleien; 2. september 2024 [hentet 6. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2024/09/fakultetsstyret-ved-ntnu-vedtok-nedleggelse-av-aks-og-flere-masterprogrammer-sykepleiere>
13. Dagens Medisin. Derfor mener han at spesialisering i palliasjon må vente [internett]. Oslo: Dagens Medisin; 9. januar 2025 [hentet 10. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/helseminister-jan-christian-vestre-helsepolitikk-og-helseokonomi-jan-christian-vestre/derfor-mener-han-at-spesialisering-i-palliasjon-ma-vente/668547>
14. Clark D. Cicely Saunders: A Life and Legacy. Oxford: Oxford University Press; 2018.
15. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med*. 2017;15(1):102. DOI: [10.1186/s12916-017-0860-2](https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2)
16. Romanò M, Oldani S, Reina V, Sofia M, Castiglioni C. Palliative care for patients with end-stage, non-oncologic diseases – A retrospective study in three public palliative care departments in Northern Italy. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(6):1031. DOI: [10.3390/healthcare10061031](https://doi.org/10.3390/healthcare10061031)

17. Anonym. Retten eller plikten til en verdig død [internett]? Oslo: Aftenposten Debatt; 1. mars 2025 [hentet 10. mars 2025]. Tilgjengelig fra:
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/B02Vxw/retten-eller-plikten-til-en-verdig-dood>
18. Helsedirektoratet. Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [oppdatert 17. januar 2018; hentet 14. mars 2025]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
19. Klarare A, Rasmussen BH, Fossum B, Fürst CJ, Hansson J, Hagelin CL. Experiences of security and continuity of care: Patients' and families' narratives about the work of specialized palliative home care teams. Palliat Support Care. 2017;15(2):181–9. DOI: [10.1017/S1478951516000547](https://doi.org/10.1017/S1478951516000547)
20. Staats K, Svendsen SJ, Lockertsen V. Navigating toward acceptance of death: Home-dwelling patients in the palliative phase. BMC Palliat Care. 2025;24(1):71. DOI: [10.1186/s12904-025-01707-4](https://doi.org/10.1186/s12904-025-01707-4)
21. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the value of death: bringing death back into life. Lancet. 2022;399(10327):837–84. DOI: [10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)
22. Parajuli J, Hupcey JE. A systematic review on barriers to palliative care in oncology. Am J Hosp Palliat Care. 2021;38(11):1361–77. DOI: [10.1177/1049909120983283](https://doi.org/10.1177/1049909120983283)
23. Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, van der Eerden M, Stevenson D, McKendrick K, et al. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. Palliat Med. 2016;30(3):224–39. DOI: [10.1177/0269216315606645](https://doi.org/10.1177/0269216315606645)
24. Broom A, Kirby E, Good P, Lwin Z. Nursing futility, managing medicine: Nurses' perspectives on the transition from life-prolonging to palliative care. Health (London). 2016;20(6):653–70. DOI: [10.1177/1363459315595845](https://doi.org/10.1177/1363459315595845)
25. Josephsen J. Critically reflexive theory: A proposal for nursing education. Adv Nurs. 2014;2014(1):1–7. DOI: [10.1155/2014/594360](https://doi.org/10.1155/2014/594360)