

”Skal behandlingen fortsette?”



Bacheloroppgave, våren 2008

Kandidatnummer:

862

865

Antall ord: 8667

Veileder: Benny Huser

Kull 2005

Sammendrag

Vi ønsket å finne ut hva som var vanskelig for sykepleieren rundt døende i intensivavdelingen, som vi selv opplevde i praksis. Derfor endte vi med problemstillingen:

Hva opplever sykepleier som etisk utfordrende i beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling i intensivavdelingen?

Den medisinske utvikling har medført profesjonelle, økonomiske, sosiale, etiske og samfunnsmessige utfordringer. Teknologiens innmarsj på sykehusene har sammenheng med biomedisinsk og naturvitenskaplig utvikling. Det fører til en økende dehumanisering av pasient og helsepersonell når den teknologiske utviklingen har ført til at den gode terminale pleie drukner i ”summingen” av tekniske apparater. Faglitteratur og studier har vist at tendensen til overbehandling krenker både pasienten og pleiernes grunnleggende verdier. Til tross for økende fokus på pasients og pårørendes rettigheter har de etiske utfordringen ikke blitt lettere. Studiene vi har gjennomgått viser at både pasienten og pårørende ikke blir integrert godt nok i denne beslutningsprosessen.

Vi har beskrevet forholdene på intensivavdelingen og valgt litteratur vi mener er relevant for å løse problemstillingen. Deriblandt etikk, juss og ulike menneskesyn.

Forskning og tidligere studier fra praksis tar stor plass i vår hovedoppgave. Vi har begrenset oss til tre internasjonale studier, og to norske kvalitative studier. Vi har drøftet etiske problemstillinger i lys av Kari Martinsens sykepleieteori.

Våre utvalgte studier sier at samarbeidet på avdelingen har betydning for beslutningsprosessen. Intensivpasienter er veldig dårlig, og få er beslutningsdyktige. Derfor kom vi frem til at pårørende bør i større grad bør inkluderes i beslutningsprosessen, slik at de føler seg bedre ivaretatt enn hva studiene viste. Gjennom drøfting viser vi at det kan være en konflikt mellom de to grunnleggende menneskesynene holisme og reduksjonisme.

1. Innledning	
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	s. 4
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	s. 4
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	s. 4
1.4 Oppgavens hensikt	s. 5
1.5 Oppgavens oppbygging	s. 6
2. Metode	s. 6
2.1 Litteraturstudie	s. 7
2.1.1 Fordeler ved litteraturstudie	s. 7
2.1.2 Ulemper ved litteraturstudie	s. 7
2.2 Databasen, søkeord	s. 7
2.3 Litteratur og kildekritikk	s. 8
2.4 Vitenskapelig forståelse	s. 8
3. Intensivavdeling og intensivpasienten	s. 10
3.1 Intensivavdelingen	s. 11
3.2 Intensivpasienten	s. 12
3.3 Beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling	s. 13
3.4 Forskningskunnskap	
3.4.1 Ferrand 2003	s. 13
3.4.2 Support 1995	s. 14
3.4.3 Langerud 2007	s. 15
3.4.4 Bunch 2001	s. 16
3.4.5 Cook 1999	s. 17
4. Kari Martinsens omsorgsteori	s. 18
5. Etikk og Juss	s. 19
5.1 Juss	s. 19
5.2 Yrkesetiske retningslinjer	s. 20
5.3 Klinisk etisk komite	s. 20
5.4 Autonomi, empowerment og paternalisme	s. 21
5.5 Menneskesyn	s. 22
6. Drøfting	s. 23
7. Konklusjon	s. 31
8. Litteraturliste	s. 33

1. Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Temaet for oppgaven er etiske problemstillinger fra praksis, og hvordan sykepleiere møter disse problemstillingene. Vår problemstilling er:

Hva opplever sykepleieren som etisk utfordrende i beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling i intensivavdelingen?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Vi er to sykepleiestudenter som begge har hatt sykehuspraksis på intensivavdeling, men på ulike sykehus. Begge har opplevd vonde situasjoner som burde blitt og ble drøftet i forkant og i etterkant. Vi opplevde flere etiske dilemma i forhold til dødsyke og terminale pasienter. Dilemmaet gikk ofte ut på hvorvidt en skulle fortsette den livsforlengende behandling, kontra avslutte behandling og eventuelt starte den palliative behandling. Det var til tider krevende når legens, pasientens, pleieres og pårørendes oppfatning av hva som ble rett å gjøre for den døende ble ytret. Meningene kunne være svært sprikende og argumentene var sterke. Sekunder kan være viktige i denne fasen. Vi kan i flere tilfeller balansere mellom både grunnleggende menneskesyn, etiske prinsipper og lovverket. Derfor oppdaget vi at denne problemstillingen var svært aktuell for sykepleiere. Disse etiske utfordringene skjer ikke bare på intensivavdelingen, men også ellers på sykehuset og på sykehjem. Vi vil vise hvor aktuell denne problemstillingen er i dagens høyteknologiske helsevesen som stadig er i utvikling. Vår fagkunnskap, vårt faglige skjønn, vårt grunnleggende menneskesyn og vår evne til å uttrykke medmenneskelighet utviklet seg kraftig på veien til å bli en profesjonell helsearbeider i denne praksisperioden.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven vil vi fokusere på sykepleieren. Selv om den døendes verdighet, livskvalitet og palliativ pleie er andre emner vi godt kunne tenke oss å fordype oss i. Ettersom dette er en oppgave i grunnutdanningen i sykepleien, velger vi å presentere hva intensivavdelingen er, samt hvem intensivpasienten kan være. Vi vil konsentrere oss om etiske utfordringer for pasienter over 18 år, fra sykepleierens ståsted.

Fra pasienten blir meldt til intensivavdeling til det er besluttet at behandlingen skal avsluttes eller ikke igangsettes, foregår et komplisert samspill mellom berørte parter. Når vi bruker begrepet berørte parter, mener vi pasienten, sykepleieren, pårørende og legen. Vi har valgt å

se på sykepleierens etiske utfordringer i denne avgjørende fasen. Sykepleieren er med i den tverrfaglige beslutningsprosessen, og har sine innspill på bakgrunn av sin fagkunnskap og verdier fra helhetlig omsorgstradisjon. Ved livsforlengende behandling mener vi pasienter som i utgangspunktet mottar behandling som kan forlenge deres dødsprosess (Brinchmann 2005). Dette vil vi komme nærmere inn på i oppgavens drøftingsdel. Ved etiske utfordringer har vi fortsatt mulighet til å unngå et etisk dilemma. Ved etisk dilemma mener vi når ingen av handlingsalternativene er åpenbart bedre enn andre (Brinchmann 2005).

Vi vil se på hvordan sykepleierens verdigrunnlag blir utfordret i den medisinske høyteknologiske avdeling. Ettersom under 5 % av pasientene som er innlagt på intensivavdelingen ikke er beslutningsdyktige (Thompson 2004), har vi valgt å snakke om de tilfeller hvor pasienten ikke er beslutningsdyktig.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med vår oppgave er å belyse de etiske utfordringene på intensivavdelingen fra sykepleieres ståsted. Vi vil peke på hvordan den teknologiske utviklingen har ført til et økende skille mellom det som er mulig å gjøre, og hva som er rett å gjøre i forhold til livsforlengende behandling.

Videre vil vi vise hvordan de etiske dilemma er relevante for det sykepleiefaglige området, ved å finne dagsaktuell forskning. Vi vil vise hvordan funnene fra våre utvalgte studier bevisstgjør sykepleierens evne til refleksjon over etiske utfordringer. Gjennom funnene i vår litteraturstudie vil vi vise at fokus på kommunikasjon og samhandling kan bidra til en bedre opplevelse av beslutningsprosessen for de berørte parter. Ved hjelp av Kari Martinsens omsorgsteori vil vi drøfte sykepleierens behov for refleksjon over sin tilnærming til de berørte parter, og bruk av faglig skjønn. Vi vil blant annet drøfte om livsforlengende behandling påfører unødig lidelse og er i strid med våre grunnleggende verdier, samt feil bruk av ressurser.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er tredelt og består av en metodedel, en teoridel og en drøftingsdel. Innledningsvis har vi skrevet et sammendrag for rask oversikt over oppgaven. Deretter kommer valg av metode, hvor vi bruker ett litteraturstudie for å svare på vår problemformulering.

Videre vil vi presentere intensivavdelingen og intensivpasienten. I tillegg vil vi belyse utvalgte forskningstudier som vi vil dra videre inn i en drøftingsdel. Etter dette gir vi en kort innføring i sykepleieteoretiker Kari Martinsen og annen relevant teori, deriblant etikk og juss. I drøftingsdelen vil vi også drøfte den teorien som er valgt ut til oppgaven opp i mot problemstillingen, noe som leder til oss til konklusjonen.

2. Metode

Poenget med denne delen av oppgaven er å vise hvilke fremgangsmåte vi brukt for å svare på problemstillingen, samt begrunne valget av litteraturstudie som metode. I Dallands (2001), ”Metode og oppgaveskriving for studenter” har Vilhelm Aubert sagt at:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet fører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2001:s.71).

Vi har valgt en metode som er i tråd med hva vi ønsket å finne ut. Vi vil drøfte etiske problem med argumenter fra kvalitative og kvantitative studier og i lys av Kari Martinsens sykepleieteori. Kvalitative metoder tar større sikte på å kunne fange opp det som ikke er håndfast (opplevelser, syn, situasjoner, skjønn) og som ikke lar seg måle eller tallfeste. Både de kvalitative og de kvantitative orienterte metodene vil begge bidra til å kunne forstå samfunnet vi bor i, og hvordan vi som enkeltmennesker og grupper av mennesker fungerer i et samfunn (Dalland 2001).

Vi har valgt å se på noen deskriptive studier i vår oppgave. En deskriptiv etikkstudie beskriver hvordan man forholder seg til ulike fenomener i praksis, ikke hvordan praksisen bør være (normativ - hva som er rett og galt). Disse sier noe om praksis, observasjoner og interjuver av sykepleier, leger og foreldre om liv- og død- beslutninger (Brinchmann 2005). Kari Martinsen er en sykepleieteoretiker som vi kan oppfatte som normativ. Hun sier hvordan sykepleieren bør tenke og handle i praksis.

2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er et studium av det som allerede finnes i eksisterende litteratur om temaet. Vi setter oss inn i ulike teorier og forskning, analyserer, drøfter og setter det sammen i lys på det vi ønsker å få fram. En bruker litteraturstudie for å svare på en problemstilling som bygger på kunnskap fra bøker og nedskrevne kilder. Litteraturen som brukes må være i relevans for temaet (Dalland, 2001).

2.1.1 Fordeler ved et litteraturstudie

Der finnes flere fordeler ved litteraturstudie kontra andre studier. Alle bøkene og artiklene en jobber med kan leses gjentatte ganger for å finne nye sider ved temaet man skriver om, samt at en kan bygge på påstander fra tidligere forskning. Dette fører til økt kunnskapsnivå på området og en gylden mulighet til å at vi kan sette oss i den sist utgitte forskning. Det er viktig å merke seg at litteraturen en finner fram til kan være preget av forfatterens ståsted og forståelse. Det kan derfor være hensiktsmessig å bruke ulike forfattere for å belyse problemstillingen ut i fra flere synsvinkler. Til slutt kan det komme frem nye og interessante sider ved temaet ved å belyse den allerede tilgjengelige litteraturen fra en ny vinkel (Gundersen 1985).

2.1.2 Ulemper ved et litteraturstudie

En svakhet ved å benytte andres litteratur og forskning er at oppgaven kan bli for generell. Oppgaven kan bære preg av at det er gjort lite studier om temaet, noe som gjør det vanskeligere å drøfte. På den andre siden kan for mye litteratur gjøre det vanskelig å velge ut riktig informasjon til oppgaven. Noen bøker kan fort bli for utdypende for valgt tema. Da må en gjøre et utvalg. Faren ved det er at viktig informasjon kan bli utelatt, noe som igjen fører til at poeng kan bli vasket bort (Gundersen, 1985).

2.2 Databasen, søkeord

Vi har brukt følgende databaser: SweMed (MesH), Medline, Ovid, ScienceDirect.

Vi har brukt følgende søkeord: End-of-life-care, Norway, intensive care unit (ICU).

Ved å lese gjennom ulike abstrakter, valgte vi ut de studiene vi synes var mest relevante for vår problemstilling.

2.3 Litteratur og kildekritikk

Vi begynte med Ferrands (jf 3.3.1) og SUPPORT (jf 3.3.2) forskningstudie gjennom et studiekraft. Disse vekket vår interesse da den involverte så mange deltakere. Vi valgte å ta de som utgangspunkt i vårt database søk (jf 2.2). Gjennom søket fant vi to norske studier som var kvalitative. Vi satt da igjen med statistikk, intervjuer og observasjoner som hadde relevans for vår problemstilling. Parallelt jobbet vi med å gå gjennom pensumlitteratur som handlet om vårt tema. Vi valgte vekk annen pensumlitteratur fordi vi innså at oppgaven ville dreie seg om forskningsstudier og vår problemstilling i lys av Kari Martinsens sykepleieteori. Brinchmann (2005) gav oss et oversiktlig bilde over grunnleggende etisk teori. Gjennom pensumlitteratur lette vi etter teori som hadde relevans for døende i intensivavdeling og betingelser (lovverket) for virksomheten. Underveis har vi hatt behov for å finne litteratur som er med på å støtte opp om våre argumenter.

Når vi ser på den valgte litteraturen har vi gjerne lest litt om forfatterne på forhånd. Dermed vet vi hvilke bakgrunn, utdanning og forforståelse de har siden dette kan prege det som er skrevet. Vi har også valgt å bruke bibliotekets databaser for å finne den siste forskning på området. Vi har vært oppmerksom på litteraturhenvisninger i pensumlitteratur og forskningsartikler.

2.4 Vitenskapelig forståelse

Da vi begynte studiet, så vi etter relevant teori basert på våre forkunnskaper om emnet. Vi prøvde å være oppmerksom på våre erfaringer, hypoteser og vårt faglige perspektiv når vi analyserte vår valgte litteratur.

Mennesket er et subjekt-subjekt, altså et intersubjektivt vesen. Fenomenologien vil si noe om menneskets forhold til hverandre basert på erfaringer (livsverden) før en begynner å teoretisere og tolke. En forsker skal prøve å frigjøre seg fra sin egen forforståelse, men samtidig må en være klar over at han alltid har med seg sin forforståelse. Kari Martinsen sier at inntrykk ikke kommer gjennom bevisstheten, men gjennom kroppens sanser. Dette er avgjørende for menneskets erfaringer og handlinger (Kjær, 2000).

Fenomenologiens oppgave er å utrykke inntrykket gjennom kroppens sanser og de ordene vi bruker (Martinsen 1993).

Hermeneutikk handler om fortolkning og fortolkningslære ofte knyttet til tekster. Den er i utgangspunktet en tolkningsprosess - en kunst i det å fortolke fenomen. Hermeneutikk vil gjennom å tolke teksten gi den mening. Alle former for forståelse henger sammen med den kontekst eller situasjon det skal forstås innenfor (Dalland 2004).

Vi har valgt å løse oppgaven på en hermeneutisk måte. Vi samlet litteratur, søkte mening i det og drøftet dette ut i fra et sykepleiefaglig ståsted. Når vi tolker/drøfter teksten kan det være nyttig å vite noe om forfatteren. Dette gir oss en ledetråd på hvordan forfatteren har valgt å vinkle teksten (Fjelland 1995).

3.0 Om intensivavdelingen og intensivpasienten.

For å forstå rammene rundt de etiske utfordringene som kan oppstå på intensivavdelingen, kan det være nyttig å vite noe om hvordan den er bygd opp og hvem som er innlagt der. Dette tydeliggjør hvordan en kommer fram til kjernen i beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling.

3.1 Intensivavdelingen

Intensivmedisin handler om å kunne behandle kritisk syke og alvorlig skadde pasienter, ved hjelp av avansert teknologi og behandlingsmetoder. Intensivavdelingen skal kunne behandle og overvåke pasienter med svikt i alle vitale organfunksjoner (Jacobsen 2002).

Intensivavdelingen ledes og drives hovedsakelig av anestesileger. Pasienten er vanligvis innskrevet i den avdelingen han først ble innlagt på (medisinsk, kirurgisk). Det øverste medisinske ansvaret ligger som regel hos overlegen på den aktuelle avdelingen.

Intensivpasienten overvåkes av en sykepleier døgnet rundt, enten ved sengen eller via sentralbord med monitor. Det er også leger ved avdelingen til enhver tid (Jacobsen 2002).

Sykepleieren må forholde seg til flere tekniske apparater som gir kontinuerlig informasjon og kliniske symptom. Disse må tydes samtidig som eventuelle respirator, intravenøse slanger, medikamenter og sykepleietiltak annen behandling skal utføres, vurderes og dokumenteres. Parallelt skal sykepleier bestille prøver og undersøkelser (Bunch 2001).

Mekki og Pedersen (2004) sier at sykepleier skal være mentalt forberedt, ha handlingsberedskap og handlingskompetanse til å håndtere pasientens grunnleggende behov, særlig ved akutte situasjoner.

Avdelingens møtestruktur og rutiner kan variere på ulike intensivavdelinger, men Eli Haugen Bunchs (2001) artikkel forteller om denne prosessen på en måte som vi kjente oss igjen i da vi var utplasserte i praksis. Dagen startet med et morgenmøte hvor legene sammen med røntgenlegene diskuterte operasjonsprogrammet, andre aktiviteter og ulike behandlingsplaner sammen med avdelingssykepleier. Etter morgenmøte møttes legene og avdelingssykepleier til et annet møte hvor de diskuterte hva som ble diskutert på morgenmøte (uten røntgenleger).

Avdelingssykepleier kom med innspill om pasientenes status. På dette møtet ble det diskutert

hvorvidt pasientene skulle overflyttes, om operasjoner måtte utsettes og eventuelle utskrivelser. Det ble gjort viktige beslutninger med tanke på antall øyeblikkelige innleggelser forrige døgn, og om det var plass til alle pasientene som skulle opereres denne dagen. Etter legemøtet hadde ansvarlig lege pasientvisitt sammen med sykepleier. Her gjennomgikk legen pasientens kardex fra siste døgn og spurte om virkningen på ulike behandlingstiltak og forordnet nye. Anestesi-, medisinsk- og kirurgisk lege var også med på selve visitten, men kunne også komme puljevis eller hver for seg (Bunch 2001).

3.2 Intensivpasienten

Legeforeningens sentralstyre (2001) definerte intensivpasienten slik:

”En pasient defineres som intensivpasient nå det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner og svikten antas å være helt eller delvis reversibel”

Intensivpasientene har ulike diagnoser, men til felles for dem alle er at de er preget av tap, svikt i vitale organer, tap av legemsdeler eller funksjoner eller tap av livet. Generelt opplever intensivpasienten å ha angst, miste kontroll og uvisshet over situasjonen. Pasientene er ofte i både fysisk og psykisk krise, hvor de grunnleggende behovene er truet. Graden av pasientens fysiske krise er helt avgjørende for å kunne uttrykke sine psykososiale behov, noe som kan true deres integritet og selvfølelse (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

I følge Norsk Intensivregister (2007) er 52,4 % av pasientene på intensiv koblet til respirator som en del av den intensivmedisinske behandlingen, noe som gjør at de vanligvis ikke er ved full bevissthet. Dette skyldes ofte pga selve skaden / sykdommen eller at de får medikamenter som smertestillende, angstdempende og sovemedisiner (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

Intensivpsykose er heller ikke uvanlig i en slik situasjon. Den psykiske reaksjonen og påkjenningene for pasienten kan være så sterk at en mister realitetsoppfatningen.

Virkeligheten går inn som stykker i ett mareritt og gjør marerittet til pasientens opplevelse av virkelighet. På bakgrunn av dette får også en stor del av pasientene hukommelssvikt (Almås 2005). Mindre enn 5% av intensivpasienter vurderes som beslutningsdyktige og bare 10% har gjort sin vilje klar på forhånd i eksempelvis «Mitt livs testamente» (Thompson 2004).

3.3 Beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling

Beslutningsprosessen starter med en gang pasienten er meldt til avdeling. Her venter personalet på at pasienten skal komme til avdelingen, enten fra ulykkesstedet, fra operasjon eller fra røntgen. Da samler personalet informasjon om selve ulykken, om pårørende er med pasienten eller om en må finne dem. En klargjør også nødvendig utstyr. Når pasienten er kommet til avdelingen starter grunnleggende behandling og måleinstrumenter tilkobles, mens en venter på svar fra andre kliniske prøver og undersøkelser. Dette kan ta flere timer. Den siste og avgjørende fasen i beslutningsprosessen er når pasienten blir overflyttet, utskrevet eller dør. I denne fasen har legene samlet nok klinisk informasjon om pasientens prognose, og må dermed ta stilling til om behandlingen skal fortsette eller ikke. Dette kan være klinisk og etisk vanskelige beslutninger (Bunch 2001).

3.4. Forskningskunnskap

3.4.1 Ferrand 2003

Sommeren 2002 utførte den franske forskeren og legen Edouard Ferrand (2003) en spørreskjemaundersøkelse, hvor det ble stilt spørsmål rundt livsforlengende behandling, kontra avslutte nyttesløs behandling. Leger og pleiere på 133 intensivavdelinger i Frankrike ble intervjuet. 3156 pleiere og 521 leger som hadde jobbet minst 3 måneder på intensivavdeling ble spurt. Undersøkelsen viste fire store funn:

- Pleiernes svar indikerte at de ofte var misfornøyd med beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling.
- Forskerne fant markert forskjell i oppfatningen til leger og pleiere, der legene var mest fornøyd med denne prosessen.
- Både legene og pleierne ønsket at pleierne skulle få mer ansvar i beslutningsprosessen, også juridisk.
- Frykt for rettsforfølgelse hadde klart en ufordelaktig innflytelse på kvaliteten av denne beslutningsprosessen. Legene innrømmet at de kunne holde tilbake informasjon til pleiere og pårørende pga av dette.

Artikkelen oppsummerer at denne beslutningsprosessen genererer konflikter mellom verdier, grunnleggende menneskerettigheter og etiske retningslinjer. Disse oppstår i pleiernes daglige virke. Studien viser at pårørende i Frankrike ikke blir inkludert nok og at samarbeidet på avdelingen har betydning for hvor god opplevelsen til pasienten og pårørende blir.

3.4.2 Support 1995

Support er en tofasert studie i USA med intervensjon. Dens hensikt var å bedre beslutningsprosessen ved «end-of-life-care» og redusere frekvensen av mekanisk livsforlengende behandling som øker dødsprosessen og lidelse. Totalt deltok 9105 voksne pasienter på sykehus med en eller flere av 9 utvalgte listruende sykdommer, som hadde dødelighet innen 6 måneder (SUPPORT 1995).

Fase 1 avdekket mangler i kommunikasjonen mellom lege og pasient; bare 47% av legene visste når pasienten ønsket å unngå HLR (Hjerte-lunge redning).

- 38% av pasientene som døde tilbrakte minst 10 dager på intensivavdeling
- for 50% av bevisste pasienter som døde på sykehuset, rapporterte pårørende moderat til alvorlige smerter minst halvparten av tiden (SUPPORT 1995).

I fase 2 (intervensjonsfase med kontrollgruppe) hadde en spesielt opplært sykepleier flere samtaler med pasient, familie, lege og pleiepersonale. En spesialtrent sykepleier skulle formidle ønsker, øke forståelse for mulig prognose, oppmuntre til oppmerksomhet på smertelindring og hjelpe til med å planlegge med pleien. Det ble ikke observert bedret opplevelse for den døende og alvorlig syke sammenliknet med kontrollgruppen. SUPPORT antok at økt fokus på kommunikasjon skulle bedre pasientopplevelsen. Undersøkelsen viste at tiltakene SUPPORT gjennomførte ikke var tilstrekkelig til å endre etablert praksis (SUPPORT 1995).

SUPPORT viste at legene ikke alltid fulgte pasientens ønske om å avslutte livsforlengende behandling, selv om sykepleieren hadde kjennskap til og formidlet dette. Dette gjaldt selv om legene på forhånd hadde sagt at de var motivert for å bedre sin praksis rundt håpløs syke pasienter. Dette sier noe om hvor vanskelig det er å endre en etablert kultur i helsevesenet (SUPPORT 1995).

3.4.3 Bunch 2001

Eli Haugen Bunch er professor ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Hun gjorde en kvalitativ studie av komparativ design og feltobservasjoner i et norsk sykehus. Hun interjuvet og observerte 5 leger og 11 sykepleiere i tilsammen over 80 timer i 1995. Pasientene var over 18 år og de fleste innleggelser var øyeblikkelig hjelp. Sykepleierne ble valgt etter om de hadde vært med på spesielle situasjoner som for eksempel organtransplantasjoner, uventete dødsfall eller bare situasjoner som de selv ville snakke om. Noen ble interjuvet flere ganger. Feltobservasjonene ble gjort på legers morgenmøter, previsitt, rapportene til sykepleierne og ellers i avdelingen (Bunch 2001).

De etiske dilemma Bunch fant var sammensatte. De var knyttet til livets slutt når pasientbehandlingen gjorde mer skade enn nytte, til pasientens integritet og verdig død, om ikke å lyve, om medbestemmelse og selvbestemmelse var mulig og om organtransplantasjoner. Sykepleierne og leger benyttet ikke etiske begreper i denne beslutningsprosessen men fenomene og løsningene ble kodet som etiske, ifølge Bunch (2001).

Et utsagn fra flere leger var: «Det blir ikke lettere med årene, tvert om, tidligere var det enklere å bestemme at videre behandling var uforenlig med liv. Nå «ser» jeg alle pasienter som overlever på tross av tvilsom prognose» (Bunch 2001).

Bunch (2001) observerte at det aldri ble brukt økonomiske argumenter, tross kapasitetsproblemer. Pasienter som defineres som øyeblikkelig hjelp har alltid førsteprioritet i følge lovverket. Personal i ledende stillinger sa aldri nei til å ta i mot pasient på bakgrunn av manglende ressurser (i observasjonstiden).

Relevante funn fra Bunchs studie til vår drøfting:

- Det er alltid etisk og psykologisk press på pårørende og personalet når pasientens status er kritisk.
- Legen og sykepleierne diskuterte sjelden den informasjonen som ble gitt angående oppdatert status av pasienten.
- Pårørende fikk informasjon i små doser som en del av sorgbearbeidingen. Denne tiden ga også leger og pleiere mulighet til å reflektere over det som utviklet seg.

- Legene brukte kliniske argumenter for å fortsette behandling, noe sykepleierne ikke alltid var enige i.
- Bunch oppfattet at sykepleierne brukte emosjonelle og ikke kliniske argument i beslutningsprosessen, noe som ikke ble hørt av legene.
- Personale søkte enighet om at velgjørenhet var ivaretatt og at pårørende opplevde medbestemmelse ved eksempelvis å la dem delta i teammøter

3.4.4 Langerud 2007

Anne Kathrine Langerud utførte i 2007 en studie ved 4 intensivavdelinger på et universitetssykehus i Norge. Hun brukte fokusgruppeintervju og en semistrukturert intervjuguide. Fjorten intensivsykepleiere ved 4 ulike universitetssykehus ble intervjuet. Alle hadde mellom 5 og 10 års erfaring. Undersøkelsen ble godkjent av en regional etisk komite før studien ble igangsatt (Langerud 2007).

Langerud beskriver ”withdraw treatment” og ”withhold treatment” som to nøkkelord som blir brukt ved avsluttende behandling. Withhold treatment betyr å ikke iverksette behandling, for eksempel HLR(hjerte-lunge-redning) minus. Withdraw treatment kan være å avslutte eller fjerne en livsviktig behandling som allerede er igangssatt, som for eksempel dialyse. En kan forstå begrepene lettere ved å si at pasienten dør av sin sykdom og ikke av et manglende behandlingstilbud. Langerud beskriver overbehandling som når den allerede pågående behandling ikke lenger kan gi bedring, lindring eller stabilisering, men kun en forlengende dødsprosess (Langerud 2007).

Relevante funn fra Langeruds studie til vår drøfting:

- Sykepleierne opplevde det som meget opprivende å utføre ordinasjoner de ikke hadde tro på selv.
- Det ble sjelden dokumentert hvor ressurskrevende arbeidet rundt pårørende var i forbindelse med avsluttende behandling.
- Tverrfaglig samarbeid kunne være en utfordring.

- Pleierne opplevde at de var en del av behandlingsteamet og at de ble hørt i faglige diskusjoner, men ikke i selve beslutningsprosessen.
- Beslutningsprosessen tok tid etter hvor mange involverte medisinske spesialister det var.
- Spesielt kirurgene hadde vanskeligheter med å gi opp troen på at behandlingen skulle lykkes. Dette var utfordrende for pleierne da det ble vanskelig i forhold til verdighet for pasienten og pårørende
- Vaktskifte og ulikt personale på vakt vanskeliggjorde avgjørelser.
- Personalet kvidde seg for å ta avgjørelser i beslutningsprosessen.
- Det kunne oppstå situasjoner hvor personalet ble stående å utføre overbehandling fordi ingen ville ta avgjørelsen om å avslutte.
- Pleierne opplevde det som vanskelig ovenfor pårørende å fortelle hvorfor behandlingen fortsatte, når pleieren selv var uenig i avgjørelsen. På tross av dette ville pleierne være lojale og stille seg bak legens avgjørelse.

3.4.5 Cook 1999

Deborah J. Cook publiserte I 1999 en artikkel i Canadas Medical Association Journal (CMAJ) om sin kvalitative studie om den teknologiske siden av behandlingen på intensivavdeling. Studien viste hvordan teknologisk utstyr blir brukt til å holde mennesker i live, utsette døden og redde liv. Studien viste hvordan teknologien ble brukt som en del av samhandlingen med pårørende. Ved å trekke tilbake deler av behandlingen i tett samråd med pårørende, fikk de tid til å akseptere at behandlingen ikke lenger nyttet (Cook 1999).

Relevante funn fra Cooks studie til vår drøfting:

- Det er ikke lett for legen å fastlå om pasienten kommer til å dø eller ikke.
- Deler av behandlingen ble i perioder ”slått av og på” for å se hvordan pasientens tilstand utvikler seg
- Legene kunne trekke tilbake deler av behandlingen, i samråd med pårørende for å påvirke dem til å godta at pasienten skulle få lov til å dø.
- uttrykket ”pulling the plug” eller ”dra ut ledningen” ikke er dekkende når behandlingen skal tilbaketrekkes (withdraw) eller ikke iverksettes (withhold).

4.0 Kari Martinsens sykepleieteori

Omsorg er et rasjonelt, praktisk og moralsk begrep som legger vekt på fornuft og følelser. Martinsens syn på sykepleieutøvelse legger vekt på pleierens faglige og etiske vurdering av situasjonen. Aristoteles kalte faglig skjønn for moralsk handlingsklokskap, Martinsen (2003) kaller det praktisk og moralsk handlingsklokskap.

”Anvendelse og utøvelse av fagkunnskap tilegnes gjennom praktisk erfaring og ved hjelp av eksempellæring” (Martinsen, 1989)

Sykepleiers mest fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider uansett hva årsaken til lidelsen er. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleier skal erkjenne pasientens sårbarhet, og ivareta pasientens integritet og verdighet med utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen. En handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt, men etisk uakseptabel (Martinsen 2003)

Sykepleieren skal utnytte sine sanser uten å drukne i egne følelser. Martinsen fremhever riktigheten av det å være profesjonell ikke står i motsetning til det å være personlig, men vil skille mellom det personlige og det private (Martinsen 2000).

”Uten fagkunnskapen vil omtanken for pasienten bli sentimental omsorg” (Martinsen 1993)

Personlige følelser kan være engstelse, glede eller irritasjon. Altruistiske følelser er rettet mot andre og av hensyn til deres velbefinnende. Empati er evnen til å sette seg inn i den andres tanker og følelser. Det viser seg i omtanke, medfølelse og sympati. Kari Martinsen sier:

”Erfaring rommer en dynamisk forståelse hvor tanke, handling og følelse er ett”.

5.0 Etikk og juss

Sykepleiepraksis er regulert av egne lover. Som sykepleiere er vi forpliktet til å kjenne til og følge lovverket. Lov om helsepersonell og lov om pasientrettigheter er relevante for problemstillingen (Lov om pasientrettigheter og lov om helsepersonell 1999).

Teoretiske kunnskaper om etikk kan bidra til en økt faglig bevissthet, og hjelpe oss i vanskelige situasjoner i praksis. Dermed kan vi kanskje forutse og unngå situasjoner som ville ende i vanskelige valg (Brinchmann 2005).

5.1 Juss

Loverket virker absolutt, men har store rom for vurderinger. Lov om pasientrettigheter fra 1999 skal sikre pasientens informasjon- og medbestemmelsesrett. Helsehjelp skal bare gis med pasientens samtykke (pasl § 4-1), pasienten skal være informert nok til å vurdere konsekvensene av hjelpen og kan når som helst trekke samtykket tilbake.

I for eksempel pasl § 3-1 står det at pårørende skal ha rett til medvirkning når pasienten ikke kan bestemme slik pasl §4-3 beskriver, men denne retten skal «tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjonen». Slik tilpasning skal også gjøres når informasjon gis (pasl §3-5). I pasl §3-2 står det at informasjon kan utelates når «det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær». I pasl §4-6 om samtykke på vegne av pasienter som ikke har samtykkekompetanse, står det at pårørende kan samtykke eller fortelle hva pasienten ville ønsket: ”helsehjelp kan gis hvis det anses å være i pasientens interesser, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp”. Den som avgjør graden av medvirkning kan være en sykepleier. Informasjon og samtykke må vurderes i henhold til Helsepersonelloven §4 om 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.”

5.2 Yrkesetiske retningslinjer

I Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer fra 2007 heter det i punkt 2.2:

”Sykepleieren beskytter og bevarer liv til det fra naturens side må anses som avsluttet. Tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død, dvs aktiv dødshjelp, må ikke anvendes. En sykepleier må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å bidra til at hensiktsløs livsforlengende behandling avsluttes eller ikke påbegynnes, regnes ikke som aktiv dødshjelp.”

Ifølge Slettebø (2005) har sykepleier gjennom etiske prinsipper som velgjørhets-, rettferdighets, autonomi- og ikke-skadepriinsippene en forpliktelse til å beskytte menneskets individuelle liv og rettigheter på en omsorgsfull måte, utover det vi er forpliktet gjennom lovverket. Disse 4 prinsipper basert på Beauchamp og Childress sitt etiske rammeverk til bruk i en klinisk hverdag fra 1970-tallet i USA. Disse ble utarbeidet av en etisk kommisjon med amerikanske filosofer, teologer, jurister og leger. De formulerte prinsippene om autonomi, velgjørhet, ikke-skade og rettferdighet. Disse prinsippene er ikke en etisk teori, men et praktisk-etisk rammeverk og defineres som plikter. Prinsippene gir ulik vekt i konkrete spørsmål avhengig av den enkeltes verdier og grunnsyn. Skal man avgjøre etiske dilemma der de kommer i konflikt med hverandre, skal man tilstrebe den løsningen som får minst negative konsekvenser (Slettebø 2005).

5.3 Klinisk etikk-komite (KEK)

I følge Helse- og omsorgsdepartementet er seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo ansvarlig for nasjonal kordinering og fagutvikling for KEK i helseforetakene. For å få råd og veiledning har alle berørte parter mulighet til å kontakte KEK. Deres råd er ikke juridisk bindende. KEK er ikke ment for å erstatte pasientombudet, selv om pårørende også kan kontakte dem. Ved alle helseforetak skal det være en klinisk etikk-komite. Komiteene består av 8-12 medlemmer med tverrfaglig bakgrunn, deriblant sykepleiere. Samtlige har klinisk kompetanse og kompetanse i klinisk medisinsk etikk. Dersom klinisk etikk-komite er blitt kontaktet og blir informert om den aktuelle problemstillingen, trenger de en beskrivelse av situasjonen og fakta, og identifikasjon av det etiske problem.

I disse dager (mars. 2008) utarbeides det retningslinjer ved livsforlengende behandling (Helse og omsorgsdepartementet). Dette kan føre til en forbedring av beslutningsprosessen.

5.4 Autonomi, empowerment og paternalisme

Autonomi, empowerment og paternalisme er begrep som berører de etiske utfordringene som sykepleiere kan oppleve, fordi utfordringene kan oppstå i det daglige arbeidet med pasienter.

Immanuel Kant (1724-1804) beskriver det kategoriske imperativ som sier man bør handle slik at begrunnelsen for handlingen skal kunne bli gjort til en allmenngyldig lov. Av dette kan vi utlede det universelle autonomiprinsippet – menneskeretten til å være autonom.

Pasientautonomi er et sentralt etisk og juridisk prinsipp. Autonomi gir pasientens rett til informasjon om helsetilstand og diagnose, om forhold som angår dem og deres livssituasjon. Autonomi er rett til selv å bestemme over eget liv og medbestemmelse. Dette gjelder så fremt de er kompetente og fri fra ytre press (Natvig, 1997).

I dagligtale brukes bemyndigelse, brukermedvirkning, livsstyrketrening, styrking eller rett og slett empowerment. Empowerment at mennesker kan ta vare på sitt eget liv ved å løse sine egne problemer og ivareta egne behov. Det å kunne fokusere på mulighetene framfor begrensingene, reflekterer begrepet empowerment positive aspekt (Stang, 2003).

Qureshi (2005) sier at: *”empowermentbasert arbeid handler om å utvikle og styrke de ignorerte ressurser hos individet eller grupper slik at personene gjenvinner kontrollen over det brutte liv”*. Med dette anser en brukerne som kompetente og dyktige.

På andre siden finner vi paternalismen, som også går innunder compliance- eller føyelighetsperspektivet, at pasienten har å underordne seg de profesjonelle og rette seg etter deres direktiver. For eksempel kan det beskrive pasientens ”lydighet” eller føyelighet ovenfor helsevesenet. Dette perspektivet har blitt mye kritisert for å være snevert. I stedet kan en gi informasjon og tiltak iforhold til pasienten og familiens egen forståelse av situasjonen og hva som passer deres dagligliv. På den måten vil helsesektoren demokratiseres, ifølge Brodtkorb (2001).

5.5 Menneskesyn

Man kan beskrive to hovedretninger av menneskesyn som kan påvirke helsearbeidernes praksis fra å være god og ivaretagende til vond og krenkende. Det er holisme og reduksjonisme. Holisme betyr at helheten er mer enn bare summen av delene, og delene henger sammen i gjensidig avhengighet. For sykepleiere betyr dette at vi betrakter pasienten som mer enn bare en kropp, men også vektlegger hvordan den psykiske, sosiale og åndelige dimensjon påvirker sykdom og opplevelse av helse. Holistisk tilnærming innebærer et jeg-du forhold slik den tyske filosofen Martin Buber (1878-1965) beskriver det. Pasienten er et likeverdig menneske (Odland 2005).

Sykepleier har kompetansen pasienten trenger, og pasientens erfaring og forståelse trenger sykepleier vite noe om for å kunne gi omsorgsfull hjelp (Martinsen 2000).

Reduksjonistisk menneskesyn er forbundet med naturvitenskapelige sannheter som kan veies og måles. Det gjør at menneske kan ses på som som delt mellom kropp og sjel (kartesiansk dualisme), der kroppen er en maskin som kan repareres. Medisiner- og sykepleiefaget kritiseres for å være for naturvitenskaplig fokusert som følge av dette, og ikke nok opptatt av opplevelsen av å være syk. Når mennesket og dens kropp behandles som et objekt, har det betydning for kommunikasjon og samhandling mellom pasient/behandler til et jeg-det-forhold. Beslutninger og prosedyrer utført over hodet på pasienten, uten en relasjon mellom pasient/pleier (Odland 2005).

7. Drøfting

Vi velger å løse drøftingen helhetlig. Vi kom frem til at de berørte partene i beslutningsprosessen var involvert på ulik måte i alle deler av drøftingen. Dermed var det lite praktisk å dele den opp i tema uten at den mistet flyten.

Samtidig som ny teknologi og behandlingsmetoder gjør at mennesker nå overlever tilstander som før endte med døden, har etiske vanskelige situasjoner der pasienter påføres unødig lidelse blitt stadig vanligere. Ny teknologi anvendes klinisk før man har vurdert og fått oversikt over etiske konsekvenser. Sykepleieren opplever overbehandling som spesielt etisk utfordrende (Ferrand 2003, Bunch 2001, SUPPORT 1995, Langerud 2007).

Sykepleieren har visse plikter i våre yrkesetiske retningslinjer. Sykepleieren skal ikke utnytte sin maktposisjonen til egen vinning eller personlige fordeler. En skal fremme det gode og unngå skade. Verdiane har historiske røtter som er barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. De skal være i harmoni med lovverket. Man kan følge loven, men likevel handle i strid med våre yrkesetiske retningslinjer. En kan gi forsvarlig behandling ved å følge legens ordre, samtidig bryte etiske prinsipp som velgjørenhet og ikke-skade ved overbehandling. Vi er enig med Kari Martinsen (2003) om at vi må våge å engasjere oss å la oss berøre av andres lidelser. Dersom liv blir krenket på tross av at en holder seg på lovens side, må en tørre investere noe av en selv og vise engasjement. Kari Martinsen kaller dette personorientert profesjonalitet.

Legene vil at alle behandlingsmuligheter skal være prøvd. Legen er juridisk ansvarlig for den endelige beslutning og undertegner dødsattesten (Helsepersonelloven § 36). I Bunch (2001) og Langeruds (2007) studier tok det ifølge sykepleierne for lang tid før alle ble enige om å avslutte behandlingen. Kanskje dette kan være fordi sykepleierne ikke hadde deltatt på legenes møter der dette har vært diskutert. Et spørsmål vi har stilt oss selv er; hvor mye lidelse skal tåles når behandlingen ikke er kurativ, og pasienten ikke kan ivareta sine egne behov? Det er etisk utfordrende og følelsesmessig vondt for sykepleieren når en ser pasienten lide, spesielt dersom vi ikke er sikker på om behandlingen nytter. Hvor sterkt skal vi engasjere oss når det ikke er vår fagkunnskap som skal vurdere om pasienten er terminal eller ikke?

Langeruds (2007) studie viste at selv om sykepleieren var uenig i legens avgjørelse om å fortsette behandling, stilte pleieren seg lojalt bak legen. Sykepleierne prøvde å forklare og

forsvare denne avgjørelsen ovenfor pårørende. I denne situasjonen hadde pårørende samme syn som sykepleieren. Kanskje sykepleierne handlet slik for ikke å skape mistillit til pleiepersonellet? Ved å stille seg bak legen har sykepleieren juridisk ryggdekning, men bryter sine egne yrkesetiske retningslinjer. Det er etisk utfordrende for sykepleier å måtte bryte sine yrkesetiske retningslinjer for å kunne holde seg på rett side av loven. Sykepleierne var opptatt av at pårørende skulle ha gode minne om den døde.

Når pårørende tenker på sin kjære som er gått bort, vil vi ikke at den vonde tiden på sykehuset skal være det første de tenker på. Bunch viser til mange omsorgshandlinger fra sykepleierens side for å legge til rette for sorgbearbeiding (jf 3.4.3). Dersom sykepleieren forteller pårørende at de er uenig med legene, kunne pårørende ha oppfattet dette som mistillit og uenighet mellom personalet i behandlingsforløpet. Dette kunne gjort evnen til å bearbeide sorgen vanskeligere, ettersom pasientens verdighet ikke ble ivaretatt på grunn av overbehandling.

Ferrands undersøkelse (jf. 3.4.1) viste at $\frac{3}{4}$ av legene synes beslutningsprosessen rundt livsforlengede behandling var tilfredsstillende, mens kun $\frac{1}{4}$ av pleierne syntes det samme. Dette bekrefter Langeruds studie (jf. 3.4.4). I Ferrands studie ville over 40 % av pleierne og 30 % av legene at primærsykepleier skulle dele det juridiske ansvaret sammen med legen. Hvorfor er sykepleieren stadig uenig i legenes avgjørelser? Vi mener det kan være en konflikt mellom de grunnleggende menneskesynene holisme og reduksjonisme (jf. 5.5). Kari Martinsen sier at vi skal gi betingelsesløs omsorg. Omsorgen skal ikke være en metode for at pasienten skal gjenvinne egenomsorg (Martinsen 1993).

Vi mener at legene har med sin medisinske bakgrunn har et stort ønske om å lykkes med sin behandling og alle behandlingsmuligheter skulle være prøvd. Leger som er preget av et reduksjonistisk menneskesyn er sterkt opptatt av å forbedre sine metoder og oppnå kontroll over situasjonen, pasienten må overleve. Det blir dermed ett stort tap om pasienten dør, selv om en skulle være terminal.

Kari Martinsen (2003) kritiserer denne teknisk instrumentelle vitenskapen som er opptatt av å forbedre metodene der det er resultatene som teller. Hun er redd for at den vitenskaplige utvikling kan gjøre livene våre til noe lovmessig og forutsigbart, mens kvalitative menneskeegenskaper utelates.

Bunch (jf 3.4.3) viser til holisme (kontra reduksjonisme) som er kjent begrep i sykepleieutdanningen. Der læres vi til å inkludere fysisk, psykisk, sosiale og åndelige dimensjoner i sykepleie som helhetlig omsorg. Kari Martinsens omsorgsbegrep bygger på barmhjertighetstanken og den empatiske «gode mor». Dette idealet har røtter tilbake til Florence Nightingale og diakonissetradisjonen. I boka "Øyet og kallet" gir Martinsen et godt bilde av hvordan en reduksjonistisk holdning kan skade relasjon og tillit mellom mennesker:

Blikket er registrerende, ikke deltakende og oppmerksomt. Blikket avkler og gjennomskuer pasienten uten at den som blir sett betyr noe for den som ser. Pleieren får dermed en makt og pasienten krymper seg, mister livsmot og lukker smerten inne (Martinsen 2000 s.39).

Vi har erfart at ved å snakke om hva andre er interessert i og opptatt av, danner vi en bro av likeverd mellom mennesker. Vi trenger tillit fra mennesker for å få fram deres ærlige meninger, og for at de skal lytte til våre. Skal de ta imot vår omsorg, mener vi at det er en fordel at de tror på vår barmhjertighet og vilje til å gjøre dem vel.

En reduksjonistisk holdning kan gjøre pasienten til et objekt. Pasientens opplevelse, forståelse og deltakelse blir dermed uinteressant. Sykepleieren skal ifølge Martinsen (2000) være åpen og sansende for pasientens uttrykk, som stemmens klang og atmosfære i rommet. Den non-verbale kommunikasjon blir ikke oppfattet og tatt på alvor når bare de objektive data er troverdige (Martinsen 2000). Vi mener dette kan føre til en økende dehumanisering av pasient og helsepersonell, når den teknologiske utviklingen gjør at den gode terminale pleie drukner i "summingen" av tekniske apparater. Studier (jf Ferrand 2003, Langerud 2007, Bunch 2001) viser at tendensen til overbehandling krenker både pasient og pleier.

Til tross for økende fokus på pasients og pårørendes rettigheter, har ikke de etiske utfordringene blitt lettere. Studiene vi har gjennomgått viser at både pasienten og pårørende ikke blir inkludert godt nok i beslutningsprosessen vedrørende overbehandling. Vi mener empowerment av pårørende vil fokusere mer på mulighetene framfor begrensningene i deres deltakelse (jf 5.4) Vi mener at pasient og pårørende bør kunne bemyndigjøres, uten at de skal bli sittende alene med ansvaret for avgjørelsene som blir tatt. En empowerment av pasienten kan søkes samkjørt med Martinsens syn på svak paternalisme. De fleste pasienter på intensivavdeling har redusert bevissthet som følge av alvorlig svikt i vitale organer (jf 3.2). Vi har opplevd hvordan alvorlig syke og døende har uklare og klare faser av bevissthet. Det er

derfor opp til helsepersonellet å bruke faglig skjønn, slik Martinsen beskriver og lovverket gir rom for. Helsepersonelloven § 4 understreker bruk av faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Pasientrettighetsloven § 3-1 (1999) fremhever at pasienten skal være likeverdig deltaker i planlegging og gjennomføring av egen behandling og pleie. Vi mener dette er utfordrende å få til i praksis, siden mennesker er sterkt redusert spesielt på intensivavdelingen. Lovverket gir som nevnt store rom for tolkning da enkelte lover er diffuse til fordel for helsepersonellens vurderinger og bruk av faglig skjønn (jf 5.1).

Både sykepleiere og leger kan utføre medisinsk tekniske handlinger og ha en holistisk tilnærming til pasienten. Slik kan selve relasjonen den blir utført i få betydning for å bedre pasientopplevelsen. Martinsen (1993) sier at relasjoner er fundamentalt. Hun mener omsorgen i relasjonene er grunnleggende fordi den er en forutsetning for alt menneskelig liv, slik en mor tar hånd om sitt nyfødte barn. Vi har selv opplevd at det finnes leger som har en mer holistisk tilnærming enn sykepleiere og omvendt. Det er menneskesynet til den enkelte som får konsekvenser for vår yrkesutøvelse.

Bunch (jf. 3.4.3) antyder at sykepleieren ikke når fram med sine argument, fordi de bruker en emosjonellbasert argumentasjon kontra legenes bruk av kliniske data. Dette illustrerer et gap mellom grunnleggende menneskesyn. Dette kan være annen side av det som er etisk utfordrende i beslutningsprosessen.

I sine feltobservasjoner spurte Bunch (jf. 3.4.3) sykepleierne om deres syn på pasientene med alt det tekniske utstyret tilkoblet og den tette overvåkingen. Hun fikk klare og tydelige svar som var preget av holisme og humanisme; "Vi må tenke på personen og ikke alle maskinene". Både sykepleiere og leger viste i sine berøringer, beroligende og forklarende stemmer en barmhjertighet. De viste en velgjørenhet mot pasienten, parallelt med den kliniske innsamlingen av data ved å se, høre, kjenne, lukte og ta på pasienten, såkalt "high touch" og "high tech" (jf 3.4.3). Vi mener at selv om legene og sykepleierne kan ha ulikt verdigrunnlag, har vi alle en ting til felles: Vi vil gjøre det beste for pasienten. Vi er profesjonelle helsearbeidere og som Kari Martinsen sier i Marx og Løgstrup (2003), å være profesjonell betyr også at en tør å være menneske.

Helsepersonell har også følelser. Det er emosjonelt hardt å arbeide mange år på intensivavdeling. Vi opplevde det som ekstra hardt når unge mennesker døde i meningsløse ulykker, eller når uforutsigbare komplikasjoner av enkle inngrep oppstod i vår praksisperiode. Bunchs (jf 3.4.3) studie viste at det er utfordrende når sykepleier (og leger) må forholde seg til egne følelser, trøste pårørende og i tillegg forholde seg til pasientens kliniske data. Av og til var også pågående journalister og media involvert (jf 3.4.3).

KEK kan kontaktes dersom det oppstår en etisk utfordring som de berørte parter har vanskeligheter med å løse. De trenger en beskrivelse av situasjonen, fakta og identifikasjon av det etiske problem. Komiteene kan bidra til at kompetansen blir hevet i klinisk medisinsk etikk for å kunne identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger knyttet til pasientbehandling (jf 5.3).

Vi mener når balansen mellom velgjørenhet og prinsippet om å ikke-skade kommer i konflikt med hverandre, kan barmhjertighet ligge bak. Velgjørenhet for pårørende kan være til skade for pasienten når beslutning rundt liv og død utsettes for at alle involverte skal få tid til å bearbeide sorg.

Hva når pårørende trygler om å fortsette behandling og opprettholde liv? Det kan være en naturlig reaksjon hvis de er i en sjokkfase. Det er vanskelig der utfallet ikke sikkert kan forutsies. Hvordan beslutter helsepersonell å avslutte behandling og la pasienten dø en naturlig død? Pasienten er som regel ikke istand til å ta en beslutning, og sjelden har familier diskutert slike problemstillinger. Samtlige leger Bunch (jf 3.4.3) interjuvet fortalte om erfaringer der alle kliniske data tilsa at pasienten ville dø, men likevel overlevde til et rimelig bra liv. Med slikt i minne blir beslutningen om livsforlengende behandling nesten umulig. Dette fører ofte til at avgjørelsen ble utsatt noen timer eller dager. Dette kan gi tid til sorgreaksjoner og refleksjoner, men det var sjelden nok tid til bearbeiding av dem.

Vi har opplevd at primærsykepleier står alene og ansvarlig for pleien, mens legens ansvar fragmenteres mellom anesthesi-, medisin-, røntgen-, kirurg- og turnusleger med mer. De kunne komme puljevis eller hver for seg på selve visitten. Dette kunne virke forstyrrende for både sykepleier og pasient. Dessuten fragmenterte det ansvarforhold for pasienten basert på hvilket medisinske problem som var aktuell her og nå. Her opplevde vi også at legene

diskuterte tiltak over pasientens hode. Vi ser i praksis at det er sykepleierne som tilbringer mest tid med pasienten og hans lidelser.

Cook (jf 3.4.5) forteller at en pasient kan være tilkoblet flere typer livsforlengende behandling. Det kan være medisiner, parenteral og sonde ernæring, dialyse, mekanisk ventilering osv. Det er ikke alltid slik at all livsforlengende behandling avsluttes på likt. Tilbaketrekking kan skje gradvis, ikke bare for å gi legen en bedre diagnose/prognose, men også i samråd med pårørende slik at de kan akseptere at behandlingen er håpløs (sorgbearbeidelse). Cook (jf 3.4.5) bekrefter i sin studie at uttrykket ”pulling the plug” eller ”dra ut ledningen” ikke er dekkende når behandlingen skal tilbaketrekkes (withdraw) eller ikke iverksettes (withhold). Selv om en avslutter en aktiv behandling, betyr ikke dette at en ikke skal lindre pasientens plager og yte god omsorg for pasienten og dens pårørende.

Cooks (jf 3.4.5) studie viste hvordan livsforlengende behandling ble brukt som en del av å lage diagnose og prognose. Ulike deler av behandlingen kan i perioder ”slås av og på” for å se hvordan pasientens tilstand utvikler seg. Det er ikke lett for legen å fastlå om pasienten kommer til å dø eller ikke. Vi mener at sykepleieren må ha fagkunnskap til å vurdere om dette kan være nødvendig selv om det påfører pasienten smerte. Kari Martinsen forteller at skjønnetts faglighet læres i levende kliniske sammenhenger, i et mester-lærings forhold (Martinsen, 2003). I praksis videreutvikles vår grunnleggende og naturlige medmenneskelighet som inkluderer barmhjertighet og tillit. Det faglige skjønnet har i følge Martinsen to sider. Det ene er å se den andres lidelse og forstå, også gjennom faglighet. Det andre er å handle godt for og sammen med pasienten. Det Aristoteles kaller praktisk-moralsk-handlingskløkskap (Martinsen 2003).

Pasienter som har mekanisk ventilering (pustehjelp) er ikke sterke nok til å puste selv. Legene kan bestemme om pustehjelpen skal midlertidig tilbakeholdes for å se om pasienten kan klare seg uten hjelp (Cook 1999). For de som observerer pasienten vil det se grusomt ut om pasienten ikke får puste. Det å ikke få puste er allmenkjent skremmende og vondt. Sykepleieren kan oppleve dette som vond utfordring; er dette et slags prøve og feile eksperiment legen må ta stilling til? Er pasienten sterk nok til å klare det? Hvordan skal sykepleier forklare dette for pårørende, og eventuelt pasienten selv? Dette kan være etisk

utfordrende for sykepleieren. Tilbakeholding av pustehjelp kan føre til at pasienten spares for unødig lidelse helhetlig sett. Vi må forklare pasienten (selv om han er bevisstløs) og pårørende hvorfor lidelsen er nødvendig, men mest av alt vil vi hjelpe å lindre pasienten mot smerte og ubehag. Det hender vi må hjelpe pasienten å mestre og akseptere sin livssituasjon, selv om det kan virke meningsløs. Martinsen utfordrer oss å se med hjertets øye og sier i ”Fra Marx til Løgstrup” (s.170): ”sykepleie er å tyde den andres inntrykk for å få livsmotet frem i lidelsen”.

Ettersom vi er kommet så langt i den medisinsk-teknologiske verden kan det å avslutte behandling være spesielt vanskelig. Ved å trekke tilbake viktige medikament eller respirator kan døden inntreffe raskt. Siden pasientene som regel er bevisstløse og ikke kan si sin mening, gjør saken enda vanskeligere. Den etiske utfordringen er å vurdere velgjørenhet og ikke- skade prinsippet. Hva ville pasienten ha ønsket?

Vi vet som regel lite om pasientens ønsker videre behandling eller ikke. Det er også sjeldent familien har diskutert dette, eller et såkalt livstestament er opprettet. Det vil ikke være forpliktende for legen om dette var gjort, men lovverket sier at pasientens og pårørendes ønsker skal respekteres i størst mulig grad. Studier (Ferrand 2003, Bunch 2001, Langerud 2007, SUPPORT) viser at leger i noen tilfeller kan bruke sin posisjon og ytre paternalistiske holdninger, ”legen vet best”. Her kan det også ligge en forklaring på hvorfor det er vanskelig for sykepleier å nå fram med sine meninger. Vi opplevde at det var stor forskjell mellom erfarne sykepleiere og nyutdannede i forhold til å bli hørt. Bunch (2001) påpeker også ulikhetene mellom erfarne og uerfarne sykepleiere. Terskelen for erfarne sykepleiere er lavere for å bli hørt. Kari Martinsen forsvarer bruk av svak paternalisme når vi har god grunn til å tro at dette er i tråd med pasientens vilje. Dette gir også lovverket rom for. Med dette mener hun at vi som profesjonelle helsearbeidere kan hjelpe pasienten til å velge hva vi mener er best ut i fra et empatisk syn (Martinsen 2003).

Pårørende sitter kanskje igjen med en dårlig følelse fordi de ikke er blitt møtt på riktig måte. Dette kan være et resultat av dårlig kommunikasjon og krenkene reduksjonistiske holdninger fra legens og sykepleierens side.

Tilslutt, ressursbruken på intensivavdelingen kan være etisk utfordring. Fordelingen av det medisinske og menneskelige ressursene kan til tider være urettferdig. Vi leser om sykehusavdelinger som slås sammen, korridorpasienter, overarbeidete helsearbeidere og nedbemanning. Markedskreftenes ideologi presser fokuset fra pasientenes velvære til økonomi. Det virker som om omorganisering, produktivitet og effektivitet skal gi oss det beste helse- og behandlingstilbud.

Vi opplevde dette tema i praksis. En av pleierne der jobbet også på barneavdelingen. På pauserommet ble det diskutert nedbemanning på barneavdelingen. På samme vakt kom det inn en pasient på 90 år som hadde total nyresvikt, hjerteproblemer og skrumplever. Denne pasienten krevde tre pleiere kontinuerlig på grunn av alt det tekniske utstyret og kontinuerlig klinisk obeservasjon. Flere reagerte på ressursfordelingen, på grunn av de store nedskjæringene på barneavdelingen, mens her stod det 3 pleiere på en pasient som hadde så store plager at han kanskje burde fått lov til å dø.

8. Konklusjon

Innledningsvis ga vi uttrykk for at vi ønsket å drøfte sykepleierens etiske utfordringer i beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling. Gjennom disse åtte intense arbeidsuker har vi kommet frem til at samarbeid og kommunikasjon mellom alle berørte parter har betydning på beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling på intensivavdelingen. Våre utvalgte studier refererte til mye av de samme funnene uavhengig av kulturforskjellene (Norge, Frankrike, USA, Canada). Dette styrker troverdigheten til studiene. Studiene refererte til hverandre (Ferrand til SUPPORT, og Langerud til Cook), og en fant vi til og med igjen i vår pensumlitteratur (Bunch). Vi mener vårt litteraturstudie var egnet til å svare på problemstillingen, men vi kunne gjerne utdypt oppgaven ved å utføre et intervju. Vi fant mer litteratur enn hva vi hadde plass til å anvende, men da hadde vi måttet utdype begreper som verdig død, livskvalitet, palliativ pleie og hospice med mer.

Sykepleierene opplevde det som etisk utfordrende og vondt å se pasienten lide i situasjoner pleierne oppfattet som unødig. Vårt grunnleggende verdisyn og ansvarsområde går på å lindre lidelse og vise helhetlig omsorg. Ved å tilnærme oss utfordringene slik Kari Martinsen beskriver, kan en muligens hindre at enkelte problem går fra å være en etisk utfordring til et etisk dilemma og at pasienten overbehandles. På denne måten kan vi unngå å bryte våre yrkesetiske retningslinjer og samtidig holde oss på rett side av loven.

Denne oppgaven har gitt oss mer innsikt i behovet for sykepleieteori i tillegg til god fagkunnskap i grunnutdanningen, da den bevisstgjør vår egen praksis. Studiene viser at sykepleierne ønsker å delta mer aktivt og blir hørt i større grad i beslutningsprosessen. Vi mener at den emosjonellbaserte argumentasjon må bli mer faglig oppfattet og vektlagt av legene. Pasientens og pårørendes opplevelse må settes i fokus. Den tverrfaglige samarbeidet spiller en stor rolle for at denne opplevelsen skal bli best mulig. Vi mener at et bedre samarbeid rundt pasienten og dens pårørende vil kunne hjelpe pasienten. Gjennom funn i studier og drøftingen har vi blitt gjort oppmerksom på hvilke ressurs de pårørende kan være for å formidle pasientens ønsker. Det kan være vanskelig for alle de involverte når pårørende opplever beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling på intensivavdelingen som vonde minner.

Gjennom oppgaven har vi bevisst valgt å fokusere fra sykepleierens ståsted. Våre valgte studier viste oss nødvendigheten av videre forskning på beslutningsprosessen. Kommunikasjon og samhandling med var mye nevnt som problemområde. Sykepleier står sentrum av begivenhetene med mulighet og kunnskap til å påvirke beslutningsprosessen.

Et økende antall pasienter dør på intensivavdeling. Gjennom litteraturstudiet oppfatter vi at det trengs mer forskning og gjerne en samfunnsdebatt om hvordan en intensiv er ment å fungere. Bli en for stor andel terminale lagt innlagt, og hva er alternativene?

Ved litteratursøk på hvordan pasienter opplevde våre dilemmaer på intensivavdeling, fant vi få studier om pasienters opplevelse av pleien. Det er behov på mer forskning på pasienters opplevelse av livskvalitet, behov for palliativ omsorg og en verdig død. Dette er etisk vanskelig å forske på døende, da dette kan være uverdigg i seg selv.

I vår fremtidige yrkesutøvelse ønsker vi å engasjere oss i døendes opplevelse og delta aktivt i de faglige diskusjonene. Vi vil vise sykepleie som uttrykker nestekjærlighet, barmhjertighet, empati og helhetlig omsorg. Som Kari Martinsen sier i Løgstrups ånd, alle våre ytringer og handlinger påvirker hverandre og speiler våre relasjoner. Alle våre handlinger har en moral i måten handlingene utføres på.

9. Litteraturliste

Almås, H. og Berntzen H. (2005) **Generell postoperativ og posttraumatisk sykepleie, Klinisk sykepleie bind 1**, Almås, H. (red.) Oslo, Gyldendal norsk forlag AS

Brodtkorb, E. m.fl. (2001) **Mellom mennesker og samfunn**. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene. Marianne Rugkåsa (red.), Oslo, Gyldendal norsk forlag AS

Bunch, Eli Haugen (2001) **Etiske dilemma i høyteknologisk avdeling**. Vård i Norden 3/2001. PUBL. NO. 61 VOL. 21 NO. 3 PP 4–8

Brinchmann, Berit Støre (red.) (2005) [Etikk i sykepleien](#). Oslo, Gyldendal akademisk

Cook, Deborah m.fl.(1999) **Life support in the intensive care unit: a qualitative investigation of technological purposes**, Can. Med. Assoc. J., Nov 1999; 161: 1109 - 1113

Dalland, Olav (2004) **Metode og oppgaveskriving for studenter**, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Ferrand, Edouard (2003) **Discrepancies between Perceptions by Physicians and Nursing Staff of Intensive Care Unit End-of-Life Decisions**, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine *Vol 167. pp. 1310-1315, (2003)*

Fjelland, Ragnar og Gjengedal, Eva (1995) **Vitenskap på egne premisser – vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere**. Oslo, Ad Notam Gyldendal

Gundersen, Dag Edvard (1985) **Forskningslære og rapportskrivning**. Kristiansand lærerhøyskole, Kristiansand.

Helse og omsorgsdepartementet, Internett. **Kliniske etikk-komiteer**. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/se/dep/hod/tema/Pasientinformasjon/Etisk-utvalg.html?id=439566> [lest: 18.02.08]

Jacobsen, Dag m.fl. (2002) **Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi**, Gyldendal akademisk, Oslo

Kjær, Tom (2000) **Fænomenologi, etik og fortælling. Omsorgstenkning – En innføring i Kari Martinsens forfatterskap**. H. Alvsvåg og E. Gjengedal (red.) Fagbokforlaget, Bergen

Klinisk etikk-komite, Internett. **Klinisk etikk-komite**. Tilgjengelig fra:

<http://www.med.uio.no/iasam/sme/kek/> [lest: 14.02.08]

Langerud, Anne K (2007) **Hva opplever intensivsykepleiere som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivavdelingen?** Sykepleien forskning nr 4, 2007; 3: 254–260.

Legeforeningens sentralstyre (2001): **Standard for intensivmedisin**, 2. Utgave.

Lov 1999-07-02 nr. 63: **Lov om pasientrettigheter** (pasl) www.lovdata.no

Lov 1999-07-02 nr. 64: **Lov om helsepersonell m.v.** (helsepersonelloven) www.lovdata.no

Martinsen, Kari (1989) **Omsorg, sykepleie, medisin**. Oslo, Tano

Martinsen, Kari (1993) **Den omtenksumme sykepleier**, Oslo, Tano

Martinsen, Kari (2000) **Øyet og kallet**, Oslo, Fagbokforlaget

Martinsen, Kari (2003) **Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet I sykepleien**. Tano, Oslo.

Mekki, Tone Elin og Pedersen, Søren (red.) (2004) **Sykepleieboken 1 – grunnleggende sykepleie**, Oslo, Akribes forlag

Moesmand, A.M. og Kjølledal, A. (2004) **Å være akutt og kritisk syk - Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov**, Gyldendal akademisk, Oslo

Natvig, Randi-Susanne (1997) **Sykepleieetikk**, Oslo, Universitetsforlaget

Norsk Intensivregister (NIR)(2007), **Årsrapport 2006**, Tilgjengelig fra:
<http://www.intensivregister.no/Annet/%C3%85rsrapportar/tabid/55/Default.aspx>

Norsk Sykepleierforbund (2007) **Sykepleiernes Yrkesetiske retningslinjer**. ICN etiske regler. Oslo, Norsk sykepleierforbund

Odland, Liv Helen (2005) **Menneskesyn**. [Etikk i sykepleien](#). Brinchmann, B.S. (red.) (2005) Oslo, Gyldendal akademisk.

Qureshi, H. A. (2005) **Profesjonell kultursensitivitet framfor faglig etnosentrisme**. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2, 3, s. 261 – 274. Tilgjengelig fra Idunn.no

Slettebø, Åshild (2005) **Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten.**
Kristiansand, Høyskoleforlaget.

Stang, I. (2003). **Bemyndigelse. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?** H.A. Hauge and M.B. Mittelmark (red.) Bergen, Fagbokforlaget.

SUPPORT Principle Investigators (1995) **A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT).** The Journal of American Medical Association (JAMA) 1995;274:1591–1598

Thompson BTM (2004) **Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care.** Critical Care Medicine 2004 Aug; 32(8):1781-4.