

# Bachelor

## Omsorg for døende



Emnenavn:

Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Emnekode: SYKHB3001

Kandidatnr: 47

Ordомfang: 7693

## ***Sammendrag***

Denne studien omhandler sykepleiers omsorg til døende pasienter på sykehus. Formålet med oppgaven var å finne ut hvordan man som sykepleier kan gi pasienten best mulig omsorg. Jeg har tatt utgangspunkt i sykepleiers oppgave om å gi omsorg til døende pasienter, som er Jehovas Vitner, innlagt på sykehus og som har takket nei til livreddende blodoverføring som følge av deres religiøse livssyn. Grunnlaget for oppgaven var observasjoner opplevd i praksis. Både pensum, fag og forskningslitteratur er tatt i bruk i denne studien. Forskning viser at sykepleiere generelt ikke har så mye kjennskap til Jehovas Vitner, noe som kan føre til usikkerhet. Tidligere studier viser også at flere helsepersonell ikke respekterer pasientens ønske om ikke å motta blod, og gir det mot pasientens vilje. Konklusjonen av studien viser at for å gi den omsorgen Jehovas Vitner trenger i en slik situasjon er det viktig at sykepleier viser forståelse og respekt for pasientens beslutning om å ikke motta blod. Sykepleier og helsepersonell må også være klar over pasientens juridisk og etiske rett til å takke nei.

## ***Abstract***

This study is about nursing care to dying patients in hospital. The purpose of this study was to determine how a nurse can give a patient the best possible care. The study is based on the nurses task to provide care to dying patients, who are Jehovahs Witnesses, hospitalized and who have refused life-saving blood transfusion as a result of their religious beliefs. The basis for the study was observations seen in practice. Both curricula, subjects and research literature is used in this study. Research shows that nurses in general do not have too much knowledge of Jehovahs Witnesses, which may lead to uncertainty. Earlier studies also show that a significant amount of health professionals do not respect the patients wish not to receive blood, and would give it to the patient despite his will. The conclusion of this study is that in order to give a best possible care to a patient in a such situation, you have to show understanding and respect for his decision to not receive blood. The nurse and the health professionals also has to be aware about the patients ethical and legal right to deny blood transfusion.

1.0 Innledning .....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	4
1.2 Problemstilling .....	5
1.3 Avgrensning .....	5
1.4 Oppbygging av oppgaven .....	5
2.0 Metode .....	6
2.1 Litteraturstudie som metode .....	6
2.2 Begrunning av valgt litteratur .....	6
2.3 Kvalitetskriterier og Kildekritikk .....	7
3.0 Teori .....	9
3.1 Religion .....	9
3.1.1 Jehovas Vitner .....	9
3.2 Omsorg .....	13
3.2.1 Omsorg for døende .....	13
3.2.2 Kommunikasjon .....	14
3.2.3 Lindrende behandling .....	15
3.3 Etikk og juridiske rettigheter .....	16
3.3.1 Pasientrettigheter .....	16
3.3.2 Etske aspekter .....	18
4.0 Drøfting av teori .....	20
4.1 Omsorg .....	20
4.1.1 Omsorg til døende .....	20
4.2 Etikk og juridiske rettigheter .....	25
4.2.1 Pasientrettigheter .....	25
4.2.2 Etske aspekter .....	26
5.0 Konklusjon .....	29
6.0 Evaluering av eget arbeid .....	30
7.0 Referanser .....	31

# 1.0 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i sykepleiers omsorg for døende.

Jeg valgte temaet mitt uti fra egen erfaring, en episode i min praksisperiode på medisinsk avdeling. Det kom en mann til avdelingen, han var kritisk anemisk og hans eneste mulighet for å overleve var blodoverføring. Mannen, som var Jehovas Vitne, takket nei til dette. Legen på avdelingen informerte pasienten om situasjonen og pasienten var klar over alternativet da han takket nei. Valget hans gjorde at han døde etter kort opphold på sykehuset. Jeg var blant de pleierne som hadde ansvar for pasienten under hans opphold på avdelingen.

Denne episoden satt en vekker i meg og jeg har i ettertid reflektert mye over sykepleiers oppgave om å gi omsorg til pasienter som nekter å ta i mot livreddende behandling. Jeg har også reflektert over om omsorgen som ble gitt kunne vært bedre og jeg stilte meg spørrende til sykepleiers bruk av kommunikasjon til den døende pasienten. Min erfaring i denne situasjonen var at jeg ikke følte pasienten fikk like god omsorg som andre døende pasienter på avdelingen.

Jeg syntes dette var et svært interessant tema, og jeg følte behov for mer erfaring og kunnskap innenfor dette området. Selv er jeg ikke Jehovas Vitne, og før jeg skrev denne oppgaven hadde jeg svært lite kunnskap om denne gruppen mennesker.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier bidra til at døende pasienter, som tilhører Jehovas Vitne, innlagt på sykehus får den omsorg de trenger når pasienten nekter å motta nødvendig blodoverføring på grunn av sin religiøse tro?*

## **1.3 Avgrensning**

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til Jehovas Vitner som har samtykke og som er ved bevissthet. Jeg vil også fokusere på de som er så dårlig at blodoverføring er eneste alternativ til å overleve. Siden dette er en sykepleiefaglig oppgave, og det ikke ble nevnt noe alternativ til pasienten min, ønsker jeg ikke å fokusere på alternativ behandling til blodoverføring. Det begrensede ordomfanget gjør at jeg også ønsker å avgrense problemstillingen min til kun å fokusere på den døende og dermed se bort i fra pårørende.

## **1.4 Oppbygging av oppgaven**

Det neste kapitlet er metodedelen, deretter kommer teoridelen i kapittel tre. I teoridelen tar jeg for meg sentrale emner knyttet opp til problemstillingen min. I kapittel fire er drøftingsdelen. Den bygges opp ved at jeg refererer til deler av teorien min som skrives i kursiv, for så å drøfte den. Til sist i oppgaven har jeg en konklusjon. For å slippe å gjenta ordene pasient, sykepleier og Jehovas Vitner så mye i oppgaven, har jeg valgt å omtale sykepleier som hun, pasient som han og Jehovas Vitner som Vitner, eller Vitnene.

## **2.0 Metode**

### **2.1 Litteraturstudie som metode**

Etter krav fra høyskolen har jeg brukt litteraturstudie som metode i denne oppgaven. En litteraturstudie innebærer å søke systematisk og kritisk granske og sammenligne litteraturen gjennom et valgt emne (*Forsberg, Wengström 2008*).

Målet med en litteraturstudie er å få et bilde av hva som allerede er skrevet om problemet (*Dalland, 2007*) som jeg har valgt.

I min litteratursøkeprosess har jeg brukt Internet flittig, og jeg har brukt flere søkemotorer. Blant annet Bibsys, Norart, Proquest, Pubmed, Medline og Vård i Norden. Jeg er mest fornøyd med resultatene jeg fant på Proquest og Bibsys og jeg bestemte meg for å ta utgangspunkt i tre forskningsartikler jeg fant gjennom Proquest. Jeg brukte flere søkeord og kombinasjoner uten så veldig heldig resultat. De søkeordene jeg følte jeg fikk mest relevant resultat av var; Care for dying patient in hospital, og Jehovahs Witnesses. Jeg fant masse faglitteratur ved å søke med ord og kombinasjon av ord som; bloodtransfusion, care of/for, religion, ethic/s, ethical, Jehovahs witnesses, dying, hospital.

### **2.2 Begrunning av valgt litteratur**

Jeg valgte å bruke den litteraturen jeg gjorde fordi den var den mest relevante for temaet mitt. Og artiklene jeg fant tilfredstilte krav om forskningslitteratur. Det var vanskelig å finne relevant forskning om temaet mitt. De mest relevante artiklene jeg fant var av kvantitativ metode. Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven er beskrivende.

Min første artikkel er en kvantitativ studie gjort ved hjelp av spørreskjema. Formålet med studien var å finne ut om helsepersonell ville gitt livreddende blodoverføring til en Jehovas Vitne pasient mot pasientens vilje. Helsepersonellet fikk spørreskjema utdelt før og etter en time med etisk opplæring om relevante etiske prinsipper i forhold til etiske problemstillinger.

I den andre artikkelen er det også brukt kvantitativ forskningsmetode ved hjelp av spørreskjema. Etter å ha gitt forutgående skriftlig samtykke ble skjemaet delt ut på et sykehus i en gitt periode. Artikkelen omhandler omsorg til døende, og har fokus på sykepleierne. Denne undersøkelsen har som formål å utforske den følelsemessige og praktiske erfaringen og holdningen til det å pleie døende.

Min tredje artikkel er også en kvantitativ studie. Alle Jehovas Vitne pasienter som lå på intensivavdeling i et gitt tidspunkt, januar 1999 til september 2003, ble identifisert i en database med spesielle koder. En retrospektiv serie ble deretter opprettet. Formålet med undersøkelsen var å vurdere om det var større dødelighet hos Jehovas Vitner som var innlagt på et sykehus, og om de hadde lenger opphold på sykehuset enn andre pasienter.

### **2.3 Kvalitetskriterier og Kildekritikk**

Mine kriterier for å finne forskningsartikler var at det måtte være vitenskapelige artikler og de måtte omhandle temaet mitt. Jeg ville bruke så ny forskning som mulig og bestemte meg for å ikke bruke forskningsartikler eldre enn 5 år, altså ikke eldre enn fra år 2004. Sist men ikke minst måtte artiklene være valide. Jeg har valgt å bruke pensum, fag og forskningslitteratur i oppgaven. For å se om litteraturen jeg fant var relevant, leste jeg sammendraget av teksten/boka på nettet, deretter søkte jeg på forfatterens navn for å finne ut hvilke stilling/tittel vedkommende hadde, og hvilke annen litteratur vedkommende har publisert. På denne måten var det lettere for meg å se om litteraturen var valid og av god nok kvalitet til å ta med i oppgaven.

For å vite om kildene er sanne brukes kildekritikk. Med dette menes å vurdere å karakterisere de ulike kildene som er brukt. Ved hjelp av kildekritikk får leseren del i refleksjoner rundt det å velge relevant og gyldig litteratur i forhold til problemstillingen (*Dalland, 2007*). For å vite om jeg kan stole på resultatet av artikkelen må jeg kontrollere at den er valid. Dette kan blant annet sees ved graden av overensstemmelse mellom målinger gjort med samme metodebruk ved ulike tilfeller (*Forsberg, Wengström, 2008*).

Litteratursøkeprosessen har ikke vært lett. Det finnes lite forskning rundt temaet og problemstillingen jeg har valgt. Jeg har funnet mye litteratur som ikke har vært valid eller som ikke har vært relevant nok. For eksempel har jeg funnet mange artikler om Jehovas Vitne og alternativer til blodoverføring, omsorg til døende kristne og døende på sykehjem. Jeg har også sett at mye av litteraturen om Jehovas Vitne er gammel, og dermed ikke relevant for min oppgave. Etter å ha lest Dalland (2007) har jeg for å komme frem til relevant litteratur, tenkt mye på hva jeg egentlig vil finne ut med min oppgave. Jeg har luftet problemstillingen til min samboer og mine medstudenter. Disse har kommet med ulike syn på problemet mitt og fått meg til å se det i ulike perspektiv. Jeg fikk dermed flere begreper jeg synes var relevant i forhold til temaet mitt, respekt, pasientrett, hjelpeløshet, menneskeverd, selvfølelse og forståelse. Dette har hjulpet meg i min litteratursøkeprosess.



## 3.0 Teori

### 3.1 Religion

#### 3.1.1 Jehovas Vitner

Jehovas Vitner avstår fra å føre blod inn i kroppen, både gjennom mat og som blodoverføring. Dette henger sammen med deres religion som innebærer et dypt personlig forhold til Gud. De kaller Gud ved sitt personlige navn som er Jehova. Jehova bestemmer over livet og Jehovas Vitner anser Han for å være den største. De tror på at dem som har vært tro mot Jehovas inntil døden, vil gjenoppstå. Vitnene lever lydig etter bibelen og skriftlesing og samtaler om bibeltekster inngår gjerne som en del av hverdagen, de mener også de bibelske morallovene må adlydes under alle forhold (Sødal, 2004).

For Jehovas Vitner er tapet av Jesu blod på korset symbolsk. De tror på at blod er hellig, og at det å motta andres blod i egen kropp er som å stjele en part av den andres sjel (Duffin, 2008). Vitnene mener at blod representerer livet, og det må derfor ikke gjenbrukes. Når man unnlater dette, er man tro mot Gud. For Jehovas Vitne er det å være tro mot Gud en redning. Blod som kan redde menneske er Jesu blod når mennesket oppnår frelse på grunn av Jesu død (Steenfeldt, 2006). I Bibelen står det skrevet;

*"For den hellige ånd og vi selv har besluttet ikke å legge noen ytterligere byrde på dere, bortsett fra disse nødvendige ting: at dere fortsetter å avholde dere fra ting som er ofret til avguder, og fra blod og fra det som er kvalt, og fra utukt. Hvis dere omhyggelig holder dere borte fra disse ting vil det gå dere godt. Måtte dere være ved god helse."*

*(Apostlenes Gjerninger 15: 28-29, Ny verden-oversettelsen av De hellige skrifter, 1996)*

Som tidligere nevnt skal heller ikke Jehovas Vitner spise blodmat, dette kan refereres til to vers fra Mosebøkene tatt fra Ny verden-oversettelsen av De hellige skrifter (1996);

*”Hvert dyr som beveger seg og lever, kan tjene til føde for dere. Liksom jeg gav dere de grønne plantene, gir jeg dere nå alt dette. Men kjøtt med dets sjel – dets blod- skal dere ikke spise.”*

#### 1. Mosebok 9: 3,4

*”Derfor har jeg sagt til Israels sønner: Ingen sjel blant dere skal spise blod, og ingen fastboende utlending som bor som utlending midt i blant dere, skal spise blod”*

#### 3. Mosebok 17:12

I senere tid har Jehovas Vitne fått et ytterligere argument i sin kamp mot blodoverføring, gjennom at mange mennesker blir smittet med HIV, gullsott eller har fått andre infeksjoner gjennom blodtransfusjon (*Arlebrink, 2006*). Allikevel viser undersøkelser at det er større dødelighet hos Jehovas Vitner innlagt på sykehus som ikke mottar blodoverføring enn hos andre pasienter som mottar blod (*MacLaren, Anderson, 2004*).

Det at Jehovas Vitner velger å takke nei til blod kan for utenforstående gi inntrykk av at de ikke gleder seg over livet. Dette er selvsagt helt feil. For Jehovas Vitner er livet det helligste, og gir man ikke respekt til livet oppnår man ikke Guds godkjennelse. Det kan være svært vanskelig for et Jehovas Vitne å velge vekk livet ved å si nei til blod, for å være tro mot Gud.

I akutte situasjoner der pasienten ikke har mulighet til å ytre sitt standpunkt i forhold til blod, har det skjedd at pasienter som er Jehovas Vitner har mottatt blodoverføring. Får et Vitne i seg blod gjennom blodoverføring kan vedkommende få personlige konsekvenser. Disse kan variere i forhold til situasjonen. Har et Jehovas Vitne fått overføring mot sin vilje vil han ikke bli fordømt, men tvert i mot få hjelp av menigheten sin til å leve videre med det. Har vedkommende selv tatt beslutningen om å motta

blod vil han ofte få samvittighetsproblemer senere i livet. I disse tilfellene vil han kunne få støtte og veiledning av de eldste Vitnene og gjennom sin anger og bekjennelse oppnå tilgivelse. Hvis et Jehovas Vitne har takket ja til blodoverføring og senere syns det var den rette beslutning å ta uten å få dårlig samvittighet eller vise anger er det mulig at de øverste i menigheten ikke lenger vil kunne se på vedkommende som et av Jehovas Vitner (*Steenfeldt, 2006*).

Om det er religion eller det sosiale presset, altså frykten for å ikke lenger bli sett på som et Jehovas Vitne som er det avgjørende for beslutninger om å takke nei til blod vites ikke. Jeg vil tro det er individuelt hos hver enkelt av Jehovas Vitner.

Sykepleier kan ha problemer med å forstå at pasienten lar seg styre så sterkt av en religion at han er villig til å gå i døden for det. Dette kan for sykepleier og andre utenforstående føles svært fremmed, spesielt for ikke-religiøse. Jehovas Vitner kan sees på som en fundamentalistisk religion. Begrepet fundamentalisme er definert på [ordboka.no](http://ordboka.no) (*lest 21.01.09*); som en religiøs ideologi som bygger på en strengt bokstavelig tolkning av hellige skrifter og krever at religionen skal danne grunnlaget for samfunnets politiske og sosiale institusjoner.

Jehovas Vitne pasienter har et sterkt religiøst behov for å bli respektert og støttet i en beslutning om å takke nei til blod. Hvis pasienten ikke opplever dette kan det føre til en åndelig lidelse. For uforstående pleiepersonell kan dette bli et problem, mange kan ikke begripe pasientens valg om å velge å være tro mot sin Gud fremfor selve livet. Når et vitne har tatt beslutningen om ikke å motta blod er sykepleiers utfordring å støtte pasienten i sitt valg. Denne støtten kan være vanskelig å gi om sykepleier ikke forstår hvilke bakgrunn pasienten har tatt beslutningen sin på.

Sykepleiere flest har ikke så mye kunnskap om Jehovas Vitner, det de vet er som oftest noe de har med seg utenfra og ikke noe de har lært (*Steenfeldt, 2006*).

I sykepleierutdanningen legges det ikke så mye vekt på de ulike religionene, kulturene og skikkene vi kan risikere å møte på i yrket vårt, mange sykepleiere er derfor usikre i møte med andre kulturer og religioner. Usikkerhet kan føre til en ubevisst negativ holdning.

Holdning kan defineres som en relativ varig måte å organisere følelser, tanker og atferdstilbøyeligheter på, og er knyttet til verdispørsmål om samfunnet, en etnisk gruppe eller annet. Utviklingen av holdninger er en del av sosialiseringen fordi de

dannes som resultat av samspill med andre, samtidig som de påvirker måten vi omgås andre på (*Bunkholdt, 2005*). Interkulturell holdning har å gjøre med måten vi møter andre mennesker på. Det bygger på kulturetnosentrisme og kulturel relativisme. Kulturetnosentrisk holdning kan forklares med at man i møte med andre kulturer, vurderer og forstår den andres kultur med utgangspunkt i de verdier som finnes i egen kultur. Kulturel relativistisk holdning innebærer at man får innsikt i den andres kultur for å få forståelse, og uten å vurdere den. En overvekt av kulturel relativistisk holdning blandet med kulturetnosentrisme gir de beste forutsetningene for å møtes i forståelse (*Steenfeldt, 2006*).

## **3.2 Omsorg**

### **3.2.1 Omsorg for døende**

Grunnholdningen som kjennetegner omsorg, er preget av engasjement, innlevelse og moralsk og faglig vurdering (*Kristoffersen, 2005*).

Å gi omsorg til døende kan være en utfordring for helsepersonell. Det kan oppstå mange vanskelige dilemmaer der helsepersonellet må veie etiske, faglige og menneskelige forhold. I tillegg til dette må de tenke økonomi og effektivitet (*Hjort, 2008*). Til tross for dette føler mesteparten av helsepersonellet seg sjelden ukomfortabel i pleie av døende (*Tan m.fl. 2006*).

I forhold til temaet mitt har jeg valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsteori. Martinsen mener omsorg har med hvordan man forholder seg til hverandre og hvordan man viser omtanke for hverandre i dagliglivet (*Martinsen, 2008*). Valget falt på Martinsen blant annet fordi hun legger vekt på forståelse, å forstå den andres situasjon. Hun mener at for å forstå hverandre må det være noe som binder oss sammen i en type fellesskap som for eksempel normer, regler, behov eller virksomheter. For å forstå den andres situasjon må en sørge for å anerkjenne vedkommende som person, det vil si å se den andres situasjon mest mulig fra den andres synspunkt, på den måten kan man forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. Man kan da akseptere den andre med ressurser og begrensninger, og man griper ikke inn og umyndiggjør den andre (*Martinsen, 2008*). Kari Martinsen mener altså at sykepleier selv må stille seg i pasientens situasjon og tenke hvordan hun selv ville ønsket å bli behandlet (*Kristoffersen, 2005*).

### 3.2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er avgjørende for menneskelig omsorg. Hvert eneste dødsleie er unikt og det er viktig at pasienten føler seg spesiell og får omsorg på sine premisser. Sykepleier må ha riktig holdning til den døende og til prosessene rundt døden (*Hjort, 2008*) dette må sykepleier ha uavhengig av egne meninger om pasientens religion eller beslutning om ikke å motta blod.

For å kunne gi pasienten best mulig omsorg er det viktig at pleiepersonellet har en god kommunikasjon seg i mellom slik at alle kan bygge på samme informasjon og forståelse, og slik at alle vet hvilken informasjon pasienten har fått. Et avskjermet rom er en nødvendighet for å oppnå god kontakt med den døende.

Det er viktig at helsepersonellet gjør det de kan for at pasienter skal slippe å dø alene. Dette er en del av omsorgskulturen. Den døendes virkelighet er fylt av søvnløse netter, angst og smerte. Døden er også preget av ensomhet. Døende mennesker trenger derfor en bekreftelse på at de fremdeles er til og ikke utstøtt. Den døende opplever ofte at avstanden til sitt vante miljø blir større og større. Taushet og isolasjon preger pasienten samtidig som muligheten for nærhet minker (*Hjort, 2008*). Følelsen av ensomhet kan bli forsterket for pasienten om sykepleier ikke støtter han eller viser forståelse for hans avgjørelse om å ikke motta livreddende behandling.

Ensomheten til den døende kan brytes ved at den døende får en person å henvende seg til som er villig til å gå inn i den døendes virkelighet. Den døende trenger noen som kan være til stede i dialogen, som ikke blir skremt av følelsemessige utbrudd og som kan ordne opp i problemer som måtte oppstå. Det trengs en person som ikke lar den døende i stikken og som ikke unngår det som er vanskelig. Dessverre er det slik at pleiere har en tendens til å tie for samtaler om døden. Dette kan delvis skyldes at de selv opplever døden som et vanskelig tema, og fordi de ikke har tro på at de kan føre gode nok samtaler om døden med den døende. Slik mangel på kompetanse og åpenhet kan føre til pleielidelser for den døende. Dette skjer ofte uten at pleiepersonellet selv er klar over det (*Karoliussen, 2006*).

### 3.2.3 Lindrende behandling

Det er noe spesielt med å gi sykepleie til døende. Når man som sykepleier ser mennesker dø får man ofte en følelse av manglende forberedelse og hjelpeløshet (*Hjort, 2008*) Helsepersonell blir da ofte påminnet sin egen dødelighet, og det er vanlig å begynne å tenke gjennom spørsmål om liv og død (*Tan m. fl. 2006*). Utfordringene ved å gi sykepleie til døende er ofte at tid er en begrensende faktor, det er mye som skal nås, både i tanker og i handling.

Det kan være vanskelig å pleie den døende på sykehus, dette skyldes ofte at man er underlagt modernitetens ideer og tenkning som har overlevelse som høyeste prioritet. Det vil si at sykehusets ressurser oftest går til behandling og overlevelsesstrategier (*Hjort, 2008*). Det blir dermed mindre ressurser på sykepleie til døende. Enda mer utfordrende er det for sykepleier å gi sykepleie til pasienter som er døende til tross for at det finnes livreddende behandling. Dette krever mer enn bare omsorg og pleie. Det kreves også forståelse og respekt for pasientens beslutning om ikke å motta livreddende behandling.

Når pasienten ligger for døden er det viktig at pleierne føler seg trygge slik at de kan videreformidle trygghet til pasienten. For at pasienten lettest mulig skal kunne forholde seg til pleierne er det nødvendig med så få pleiere så mulig med ansvar for pasienten (*Hjort, 2008*).

Selv om pasienten har valgt å ikke ta i mot livreddende behandling, har han likevel rett på hjelp, dette i følge § 2-1 i pasientrettighetsloven. Sykepleier må derfor sørge for at pasienten får lindrende behandling ved behov. De viktigste symptomene som krever lindrende behandling er smerte, uro, angst, bekymring, kvalme, åndenød, surkling, ralling, forvirring og delirium (*Hjort, 2008*). Helsepersonellens egne mål for god omsorg til døende er blant annet at pasienten skal dø med verdighet, ikke være sulten, få tilfredsstillende smertelindring og lindring av ubehag og at helsepersonellet skal følge pasientens egne ønsker for omsorgen (*Beckstrand, Callister & Kirchhoff, 2006*). For Jehovas Vitne pasienter vil dette være å bli respektert og møte forståelse blant helsepersonellet for sin avgjørelse.

### **3.3 Etikk og juridiske rettigheter**

#### **3.3.1 Pasientrettigheter**

Jehovas Vitner som nekter å motta blodoverføring blir støttet av pasientrettighetsloven § 4-9;

*"Pasienten har på grunn av alvorlig overbevisning rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter (...)" En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. (...) Helsepersonell må forsikre seg om at pasient som nevnt i første og annet ledd er myndig, og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen."*

*Pasientrettighetsloven (1999)*

Informasjon er et svært viktig moment i en slik situasjon. Mange pasienter er kanskje ikke alltid klar over hva konsekvensen av en slik beslutning kan være. Det kan være mange faktorer som spiller inn og som kan påvirke pasientens valg, derfor er det viktig at pasienten får tilstrekkelig informasjon om situasjonen. For å underbygge siste avsnitt i paragrafen om at pasienten er gitt tilfredsstillende informasjon kan man henvende seg til en annen lov i pasientrettighetsloven nemlig § 3-2;

*"Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger." Pasientrettighetsloven (1999)*

Retten til å nekte blodoverføring, § 4-9, forutsetter at pasienten har en alvorlig overbevisning. Helsepersonell må forsikre seg om pasientens overbevisning, og at ikke pasientens uttrykte ønske skyldes psykisk sykdom eller et plutselig innfall (*Befring, 2007*). De fleste Jehovas Vitner bærer med seg et blodkort, på dette kortet står det at personen ikke ønsker å motta blod og grunnen til det, sammen med personlige opplysninger. Kortet fungerer som en dokumentasjon på personens alvorlige overbevisning. Det er ikke med dette sagt at alle som ikke bærer et slikt kort ikke er Jehovas Vitner. I en ulykke kan et slikt kort forsvinne, og man kan ikke stole på at Vitnene alltid har det med seg (*Duffin, 2008*).

Helsepersonell har etter loven ikke rett til å gripe inn med tvangsmessig behandling, selv ikke om pasientens beslutning gjør at han vil dø. Om det er mulighet for å utsette



behandlingen til en pasient som har takket nei til blod, må den som yter helsehjelpen ta stilling til om han kan behandle pasienten til tross for pasientens beslutning. Om helsepersonellet godtar dette skal ikke pasienten gis blod eller blodprodukter uansett om dette kan føre til død hos pasienten. Klarer ikke helsepersonellet å godta og behandle pasienten på slike vilkår, bør pasienten henvises til et annet helsepersonell. Det er ingen regelfestet reservasjonsrett for slike situasjoner som dette, men for pasienten og helsepersonellens skyld er det grunn til å kontakte annet helsepersonell som ikke har problemer med pasientens avgjørelse. Bestemmelsen innebærer at helsepersonellet ikke er strafferettslig ansvarlig om utfallet av pasientens beslutning gjør at han blir mer skadet eller dør (Syse, 2004).

Pasienten har det best når personene rundt forstår og respekterer hans avgjørelse. Dessverre finnes det flere i helsevesenet som ikke respekterer Jehovas Vitners beslutning om ikke å motta blodoverføring. Blant annet ble det ved hjelp av en anonym undersøkelse testet om helsepersonell ville gitt blodoverføring mot pasientens vilje, de fleste ville respektert pasientens ønske, men noen ville gått i mot pasientens vilje for å redde liv (Cahana m.fl. 2008). Dette til tross for § 4-9 i pasientrettighetsloven.

Pasientens beslutning om å takke nei til blod betyr ikke at pasienten takker nei til annen helsehjelp. Fortsatt har pasienten rett på nødvendig helsehjelp, som blant annet lindrende behandling eller hjelp til å ivareta pasientens grunnleggende behov. I følge § 2-1 i pasientrettighetsloven;

*"Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp. (...) Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. (...)"*

*Pasientrettighetsloven (1999)*

### 3. 3. 2 Ethiske aspekter

Temaet i denne oppgaven omhandler en del etiske aspekter, noen av disse kan man finne i de yrkesetiske retningslinjene og jeg har derfor valgt å ta utgangspunkt i de retningslinjene som er mest relevant for temaet mitt. Disse er relevante ved at de tar for seg sykepleiers måte å handle på under ulike etiske omstendigheter.

Første punkt i de yrkesetiske retningslinjer er;

*”Respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet”*

Dette punktet danner grunnlag for all sykepleie. Sykepleie til mennesker skal baseres på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, barmhjertighet og omsorg. Sykepleiers handling skal gjøres på bakgrunn av pasientens behov og nød, at han har behov for hjelp, og at sykepleierne blir berørt i møte med den syke og sårbare pasienten. Sykepleier skal med en slik grunnholdning i følge punkt 2 være preget av

*”å ivareta pasientens integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende, og retten til å ikke bli krenket” (Johannessen, Molven, Roalkvam, 2007).*

Sykepleier skal ivareta pasientens integritet, og retten til ikke å bli krenket. Sykepleier må ta utgangspunkt i dette punktet ved omsorg til pasienter som har takket nei til blodoverføring. Uavhengig av sykepleiers mening om pasientens beslutning. Som nevnt tidligere har Jehovas Vitne pasienter et svært religiøst behov for å bli respektert og støttet ved en slik avgjørelse.

Et annet punkt som er relevant her er pkt 2.3-4 som sier at sykepleier skal være opptatt av pasientenes autonomi og at pasienten skal foreta selvstendige og informerte valg;

*”Sykepleier skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg. Sykepleier fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Johannessen, Molven, Roalkvam, 2007).*

Prinsippet om pasientautonomi har fått en stadig mer fremtredende plass. Retten til å få en autonom beslutning respektert er både en etisk og en juridisk rettighet (*Snelvedt, 2005*). Tranøy (1999) Forklarer autonomi som en sentralt begrunnet selvbestemmelsesrett (*Johannessen, Molven, Roalkvam, 2007*).

Hvis vi ser tilbake på undersøkelsen om helsepersonell ville gitt blod mot pasientens vilje forsvarte de som ville gitt blod seg med utgangspunkt i ikke-skade- og velgjørhetsprinsippet, mens de som ikke ønsket å gå i mot pasientens vilje støttet seg til autonomiprinsippet (*Cahana m.fl. 2008*).

Både autonomi, ikke-skade og velgjørhetsprinsippet kan sees på som en plikt, som ikke å skade andre, gjøre godt for andre og autonomiprinsippet som defineres som å respektere autonome personers beslutninger (*Brinchmann, 2005*).

Helsevesenet er opptatt av autonomi. Med dette menes at pasienten skal bestemme mest mulig selv. Til tross for dette ønsker ikke alle pasienter å bestemme, og de ber om råd fra helsepersonell. I slike tilfeller må råd gis, uten at en overkjører pasientene eller deres behov. Autonomi krever dialog og empati (*Hjort, 2008*).

## 4.0 Drøfting av teori

### 4.1 Omsorg

#### 4.1.1 Omsorg til døende

Mange sykepleiere synes det å gi omsorg til døende er en utfordring. Enda mer utfordrende er det å gi omsorg til døende som har en annen kultur eller religion enn en selv. Dette er nytt og kan for mange føles skremmende. Det er ikke alltid lett for sykepleier å vite pasientens ønsker og behov. Lett er det heller ikke alltid å spørre den døende pasienten om råd. Sykepleier kan føle et visst press på seg fra både pasient og pårørende, det forventes kanskje at hun skal vite pasientens ønsker og behov i forhold til vedkommendes religion?!

Å gi omsorg til mennesker som ligger for døden er vanskelig. *Helsepersonell blir ofte påminnet sin egen dødelighet, og de begynner å tenke gjennom spørsmål om liv og død (Tan m. fl. 2006)*. Når sykepleier selv tenker over spørsmål om liv og død kan det være lettere for dem å forstå pasienten. Kari Martinsen legger som nevnt i teorien vekt på å ha forståelse for pasientens situasjon. Forståelse er et viktig begrep for sykepleier i en slik situasjon. Hun må ha forståelse for pasienten. Sykepleier trenger ikke være enig med pasientens beslutning, men hun må vise at hun respekterer og støtter pasienten i hans avgjørelse om å takke nei.

Alle mennesker er unik og har ulike ønsker og behov, slik er det også med Jehovas Vitner. Ikke alle er like, eller like troende, men hver av dem har egne individuelle behov og meninger om hvordan de vil bli behandlet. Sykepleiers oppgave er å tilfredsstille pasientens ønsker og behov så godt som mulig. *Å gi omsorg til døende kan være en utfordring for helsepersonell. (...) I tillegg til dette må de tenke økonomi og effektivitet (Hjort, 2008)*. Å tenke effektivitet er vanskelig i pleie av døende. Pleiepersonellet er ofte underbemannet og det er mange pasienter på hver pleier. Tiden til hver av pasientene blir knapp, og det er alltid noen pasienter som krever mer enn andre. I slike situasjoner kan sykepleier komme opp i vanskelige dilemma. Hvem skal prioriteres?

Hvis sykepleier har lite kjennskap til og dermed er usikker på Jehovas Vitner vil det kanskje være lettere for henne å prioritere pasienter som ikke er Jehovas Vitner? Kanskje noen sykepleiere har lett for skyld på dårlig tid for å unngå Jehovas Vitne pasienter? Ved å gjøre dette unngår sykepleier å komme opp i situasjoner som hun selv føler er ubehagelig.

Min erfaring fra sykehuset er at pasientene som ikke hadde pårørende til stede lå mye alene den siste tiden av livet sitt. Sykepleierne var flink til å ordne med det praktiske, men gikk sjelden inn for kun å samtale med pasienten.

*Det er viktig at helsepersonellet gjør det de kan for at pasienter skal slippe å dø alene. Dette er en del av omsorgskulturen (Hjort, 2008).* Det er fælt å tenke på at pasienter på sykehus kan måtte oppleve å dø alene. Jehovas Vitne pasienter som ikke føler seg forstått eller respektert for sitt valg vil føle seg ensom, uansett om det er en pleier ved hans side eller ikke. Pasienter innlagt på sykehus føler seg ofte sårbar bare ved at de er innlagt. Det er derfor viktig at sykepleier opptrer støttende og har fokus på den døende og at hun prøver å gjøre avslutningen så behagelig så mulig. Hun må vise at hun respekterer hans avgjørelse, og støtter han. Dette kan hjelpe pasienten til å føle seg mindre ydmyk og hjelpeløs, til tross for sin situasjon som døende.

*Helsepersonellens egne mål for en god omsorg er blant annet at (...) helsepersonellet skal følge pasientens egne ønsker for omsorgen (Beckstrand R. L., Callister L. C., Kirchoff K. T., 2006).* Jehovas Vitne pasienter har et sterkt religiøst behov for å bli respektert og støttet i en beslutning om å takke nei til blod (Steenfeldt, 2006). Dette er altså Jehovas Vitner pasientenes egne ønsker for omsorg. Og det er jo akkurat en slik omsorg helsepersonellet ønsker å gi til sine døende pasienter. Steenfelt (2006) skriver videre at *hvis pasienten ikke opplever dette kan det føre til en åndelig lidelse.* Det siste en sykepleier vil påføre en døende pasient er lidelse. Om det er åndelig eller fysisk er dette svært uønsket. At pleierne har en god holdning ovenfor pasienten er avgjørende for god omsorg. *En overvekt av kulturel relativistisk holdning blandet med kulturetnosentrisme gir de beste forutsetningene for å møtes i forståelse (Steenfeldt, 2006).*

Her er det viktig at sykepleier har rett blanding av de forskjellige holdningene. Om sykepleier er sterkt religiøs selv, kan hun ha en overvekt av kulturetnosentrisk

holdning som gjør at hun vurderer pasientens kultur med sine egne verdier. For at pleierne skal kunne vise riktig holdning ovenfor Jehovas Vitne pasienter må de kunne sette sin egen kultur og religion til side hvis denne kommer i konflikt med pasienten. Det er ingen fasitsvar på hvordan man skal behandle døende. Man må gjøre bruk av sitt faglige skjønn eller som Kari Martinsen foreslår; *å stille seg selv i pasientens situasjon og tenke hvordan en selv ville ønsket å bli behandlet (Kristoffersen, 2005)*. Hvordan hadde en selv ønsket at sykepleier oppførte seg, hva hadde en selv satt pris på? For Jehovas Vitner betyr religion svært mye, og de lever strengt etter Bibelen. Dette må sykepleier tenke på når hun skal gi sykepleie til den døende pasienten. Hun må respektere og ta hensyn til pasientens forhold til sin religion. En slik tankegang vil gi det beste utgangspunktet for å gi best mulig omsorg til pasienten.

At noen takker nei til en behandling som kan redde liv kan for mange virke uforståelig. Jeg tror ikke Jehovas Vitne pasienter forventer at andre utenfor deres religion skal være enig med deres avgjørelse. Det de forventer er å bli behandlet på lik linje med andre pasienter og at sykepleier tar hensyn til at *de har et sterkt religiøst behov for å bli respektert og støttet i en beslutning om å takke nei til blod. (Steenfeldt, 2006)*. En viktig del av omsorg til døende er kommunikasjon. Hvordan er kommunikasjon til Jehovas Vitne pasienter? Opplever de den samme kommunikasjon mellom pasienter og pleier som andre døende gjør?

Hjort (2008) skriver at *kommunikasjon er avgjørende for menneskelig omsorg*. Min erfaring er at det er mye mangel på samtaler mellom pleier og pasient, og da spesielt om åndelige spørsmål. Saurasunet (1999) bekrefter dette da ingen av de døende pasientene i undersøkelsen hennes hadde opplevd at sykepleierne hadde snakket med dem om åndelige spørsmål. Pasientene hadde heller ikke selv tatt initiativ til det.

Om dette skyldes tidsmangel eller om det kan skyldes som Karoliussen (2006) skriver at *pleiere ofte tier i samtaler om døden fordi de selv opplever døden som et vanskelig tema, og fordi de ikke har tro på at de kan føre gode nok samtaler om døden med den døende*, vites ikke. For helsepersonell kan det være annerledes å samtale med pasienter som har "valgt" dette alternativet selv, og som ved hjelp av en blodoverføring kunne overlevd. Dette kan føre til at en del pleiere føler seg usikre.

Jehovas Vitner kan for mange virke som, og er nok også en ganske "lukket" religion. Dette kan skyldes at de er en tilbakeholden minoritet, og at de ofte har manglende vilje til å delta i offentlig debatter (*Tjelland, 1995*). Utenforstående får dermed ingen innsikt i hva deres tro innebærer. Dette kan gjøre at sykepleiere blir usikre ovenfor dem og deres beslutninger om å takke nei til livreddende blodoverføring, noe som kan føre til at sykepleier ikke klarer kommunisere tilstrekkelig med den døende pasienten. På tross av både sykepleier og pasient egentlig ønsker det.

Mange forbinder Jehovas Vitner med en gruppe mennesker som ikke feirer jul eller bursdag og som ikke tar imot blodoverføring. Alt dette stemmer jo, men ved bare å fokusere på det de ikke gjør, kan gjøre at det er lett å få en negativ holdning til disse menneskene og til deres måte å leve på. Folk utenfor Jehovas Vitner ser ofte slike særskilte elementer som skiller seg fra andre religioner. Ofte er det lett å dømme dem for dette i stedet for å finne ut bakgrunnen til hvorfor ting er annerledes.

Sykepleiere ser kanskje litt annerledes på Jehovas Vitne pasienter som ligger for døden grunnet at de har takket nei til livreddende behandling, dette kan føre til at flere Jehovas Vitne opplever mangel på respekt for deres beslutning. Denne mangelen på respekt skyldes nok at sykepleiere flest ikke har så mye kunnskap om Jehovas Vitner, det de vet er som oftest noe de har med seg utenfra og ikke noe de har lært (*Steenfeldt, 2006*). Den kunnskapen en har med seg utenfra kan ofte være feilaktig og kan føre til at mange på forhånd danner seg et feil bilde av hvordan Jehovas Vitner er, selv før de har møtt noen selv. *Tjelland (1995)* skriver at grunnen til at folk kan se annerledes på Jehovas Vitner skyldes mye at det man hører om dem i media skiller seg fra den norske majoriteten. Det mange nok har lett for å glemme er at i samfunnet generelt er det forskjellige typer mennesker, slike ulikheter finner man også i Jehovas Vitner. Man har de hyggelige og man har de ekstremt fanatiske, som man har ellers i samfunnet også. Når man hører om Jehovas Vitner hører man gjerne kun om de fanatiske, og det er dermed lett å danne seg et inntrykk av religionen på bakgrunn av det. Dette gjør at mange utenforstående kan gi seg opp en mening om Jehovas Vitne før de selv har møtt noen.

Kanskje det er mangelen på kunnskap som gjør mange av oss så lite forståelsesfull ovenfor en beslutning om å takke nei til livreddende behandling? Har vi lite kunnskap

om noe blir vi lett usikre og blir vi først usikre har vi lett for å få en negativ holdning. Mange sykepleiere kan være redd for å si eller gjøre noe feil med pasienten i forhold til deres religion. Sykepleierne kan i blant være for forsiktige til å ta initiativ overfor pasientene når det gjelder åndelige spørsmål fordi de er redde for overtramp (*Saursaunet, 1999*). I stedet for å spørre pasienten om råd, blir det til at det ikke noe gjøres i det hele tatt. Resultatet blir at pasienten lider i stillhet.

Mange har nok lett for å tenke at Jehovas Vitner som takker nei til livreddende behandling ikke ønsker noe hjelp fra helsepersonell. Dette stemmer selvsagt ikke, og helsepersonellet må vite at pasienten fortsatt har rett på nødvendig helsehjelp, dette i følge § 2-1 i pasientrettighetsloven. Selv om pasienten ikke ønsker blodoverføring, skal pasienten motta pleie og lindrende behandling, noe som ikke går i mot deres religion.

*De viktigste symptomene som krever lindrende behandling er smerte, uro, angst, bekymring, kvalme, åndenød, surkling, ralling, forvirring og delirium (Hjort, 2008).* Får Jehovas Vitner den samme lindrende behandling som andre pasienter som ligger for døden og som ikke har noe alternativ for å overleve? Noen sykepleiere har kanskje forskjellig syn på de som faktisk har mulighet til å overleve, men har takket nei og på de som ikke har det. Dette kan da gjenspeiles i omsorgen som blir gitt. At pasientene kan føle at de blir dårlige behandlet grunnet deres tro og deres beslutning. Det hadde vært interessant om det hadde blitt gjort noe forskning på dette. Dette har jeg dessverre ikke lyktes i å finne.



## **4.2 Etikk og juridiske rettigheter**

### **4.2.1 Pasientrettigheter**

Selv om det kan være vanskelig å forstå Jehovas Vitners beslutning om å takke nei til blodoverføring, har faktisk Vitnene både juridisk og en etisk rett til å nekte denne livreddende behandlingen.

*Retten til å nekte blodoverføring forutsetter at man har en alvorlig overbevisning, kravet til overbevisning tilsier at helsepersonell må forsikre seg om at pasientens uttrykte ønske ikke skyldes psykisk sykdom eller et plutselig innfall (Befring, 2007).*

Hvordan kan helsepersonell forsikre seg om noe slik?

De fleste Jehovas Vitner bærer med seg et blodkort, *kortet fungerer som en dokumentasjon på personens alvorlige overbevisning (Duffin, 2008)*. Hvis pasienten ikke bærer dette kortet på seg kan det oppstå en vanskelig situasjon for både pasient og pleier. Spesielt vanskelig kan det være hvis pårørende til pasienten har klare formeninger om hvilket valg pasienten skal ta. Dette kan føre til at pasienten blir usikker og mister dømmekraften sin slik at han ikke klarer å ta et selvstendig valg, men velger det som pårørende står for. En slik situasjon er vanskelig for pasienten, men den kan også være både vanskelig og ubehagelig for sykepleier hvis hun føler at pårørende er for pågående med sine meninger om hva pasienten bør gjøre.

Hvis sykepleier føler at pasienten selv ikke får mulighet til å bestemme selv i en slik situasjon, kan sykepleier da forlange å snakke med pasienten alene? Eller råde pasienten til å gjøre det pasienten selv føler er rett, uten påvirkning fra andre?

Behov for blodoverføring kan ofte være akutt og en har ikke alltid så mye tid tilgjengelig for diskusjon og samtale. Det kan derfor være vanskelig for sykepleier å forholde seg til pasientens raske beslutninger om ikke å motta den nødvendige overføringen. Kanskje føler sykepleier seg hjelpeløs og synes ikke pasienten har hatt nok tid til å tenke gjennom sin avgjørelse og konsekvensene av den. I slike situasjoner kan det være lett for sykepleiere å glemme å respektere pasientens avgjørelse og dermed gå i mot pasientens autonomi ved å blande seg inn og råde pasienten til å ta i mot overføringen. Om pasienten er usikker på sin beslutning om

ikke å motta blod, er det viktig at helsepersonellet ikke prøver å omvende eller overtale pasienten på noen måte. Sykepleier må heller om mulig, bruke tid på å la pasienten selv komme frem til en avgjørelse, ved å gi ham ro, tid til å tenke å råd og støtte underveis.

Om sykepleier velger å samtale med pasienten om dette dilemmaet må hun huske på at *helsepersonell etter loven ikke har rett til å gripe inn med tvangsmessig behandling, selv om pasientens beslutning om å takke nei til blod gjør at han vil dø (Syse, 2004)*. Og for å ikke å bryte pasientens rett til selv å bestemme, må sykepleier tenke over hva hun sier i en slik samtale med pasienten slik at hun ikke presser han til noe.

*Klarer ikke helsepersonellet å godta og behandle pasienten når han takker nei til blodoverføring, bør pasienten henvises til et annet helsepersonell (Syse, 2004)*.

Pasienten har en etisk og juridisk rett til å nekte denne hjelpen, noe sykepleier og annet helsepersonell må respektere. *Det er ingen regelfestet reservasjonsrett for slike situasjoner som dette (Syse, 2004)*, om sykepleier har sterke meninger om denne situasjonen i forhold til sin religion eller kultur må hun sette det til side for å kunne respektere pasienten. *For pasienten og helsepersonellens skyld er det grunn til å kontakte annet helsepersonell som ikke har problemer med pasientens avgjørelse (Syse, 2004)*.

#### **4.2.2 Etiske aspekter**

Om det er religionen eller det sosiale presset, altså frykten for å ikke lenger bli sett på som et Jehovas Vitne som er det avgjørende for beslutninger om å takke nei til blod vites ikke, dette er nok individuelt fra person til person og det avhenger nok litt av pasientens nettverk. Hvis pasienten vet at hans nærmeste ikke lenger ser på han som et Jehovas Vitne og kanskje ikke lenger ønsker å omgås han om han velger blod for å overleve, er det nok svært vanskelig for pasienten å ta i mot blod, selv om han kanskje innerst inne hadde ønsket det. Sykepleier må uansett hvilke beslutning som tas ta hensyn til pasienten, respektere og støtte han.

Jehovas Vitner kan oppleve mangel på forståelse og respekt for sine beslutninger. Martinsen (2005) skriver; *for å forstå den andres situasjon må en sørge for å anerkjenne vedkommende som person, på den måten kan man forstå den andre*

*gjennom måten han forholder seg til sin situasjon. Ved å gjøre seg kjent med pasienten og hans religion, blir det lettere for sykepleier å forstå hvorfor pasienten tar avgjørelsen om ikke å motta blod, dette kan også gjøre at sykepleier viser mer respekt for hans avgjørelse. Jehovas Vitne opplever dessverre mangel på respekt om sin beslutning om å nekte blodoverføring. Dette får vi bekreftet ved hjelp av en anonym undersøkelse ble det testet om helsepersonell ville gitt blodoverføring mot pasientens vilje, de fleste ville respektert pasientens ønske, men noen ville gått i mot pasientens vilje for å redde liv (Cahana m.fl. 2008). Ved å gi blod og dermed gå i mot pasientens vilje, brytes ikke bare pasientrettighetsloven § 4-9, men også autonomiprinsippet om at pasienten selv har rett til å bestemme. Helsepersonell som hadde gitt blod til Jehovas Vitne pasient mot hans vilje forsvarte seg med utgangspunkt i ikke-skade- og velgjørhetsprinsippet (Cahana m.fl. 2008).*

Helsepersonellet støttet sin tankegang på prinsipper som ikke-skade og velgjørhet, som kan forklares som å gjøre godt for andre. Å gjøre noe mot andres vilje, vil jeg ikke se på som å ikke-skade eller gjøre godt. Jehovas Vitner er som tidligere nevnt, sterke i troen og de følger bibelen strengt, det å motta blod kan for mange av dem føles som et overgrep og føre til personlige konsekvenser. Jehovas Vitner som har fått blod vil ofte få samvittighetsproblemer senere i livet (Steenfeldt, 2006). Selv om ikke-skade og velgjørhet menes som det beste for pasienten, vil det å gå mot pasienten i en slik situasjon som dette gjøre skade, og ikke gjøre godt. Hvis helsepersonellet mener at de gjør det beste ved å gi blod tross pasientens vilje kan dette skyldes deres uvitenhet om religionen, som Steinfeldt (2006) skriver; *sykepleiere flest har ikke så mye kunnskap om Jehovas Vitner (...).*

*De som ikke ønsket å gå i mot pasientens vilje støttet seg til autonomiprinsippet (Cahana m.fl. 2008).*

Sykehusets primære oppgave er å helbrede, døden kommer derfor litt i veien med sin uhelbredelighet (Ilkjær, 2005). Ved en pasientbeslutning om å takke nei til livreddende behandling må helsepersonell være forberedt på å omstille seg sykehusets oppgave og heller gjøre det beste for pasienten i en situasjon som døende.

*Det er større dødelighet hos Jehovas Vitner innlagt på sykehus som ikke mottar blodoverføring enn hos andre pasienter som mottar blod (MacLaren, Anderson, 2004). Til tross for dette må helsepersonell vite og ta hensyn til at pasientens rett til å få en autonom beslutning respektert er både en etisk og en juridisk rettighet (Sneltvedt, 2005).*

## 5.0 Konklusjon

For å kunne gi døende Jehovas Vitne pasienter omsorg på best mulig måte krever det, som jeg tidligere har poengtert, at sykepleier viser forståelse og respekt for pasientens beslutning. Kunnskap om Jehovas Vitne og deres tolkning av Bibelen kan være til hjelp for sykepleiere som har problemer med å forstå deres valg. Til tross for kunnskap kan det allikevel være vanskelig for utenforstående å skjønne at noen mennesker velger døden som et alternativ for å gå i mot sin religion. Det er da viktig at helsepersonell vet om pasientens rettigheter i slike situasjoner. Pasienten har både en juridisk og en etisk rett til selv å bestemme sin beslutning i en slik situasjon. For å gjøre omsorgen så god så mulig er det også viktig at helsepersonell tar seg tid til pasienten, lytter til han, og tar initiativ til å samtale med han. Sykepleier må sørge for at pasienten ikke risikerer å dø alene. Sykepleier må også sørge for at pasienten får den lindrende behandlingen han trenger.

## **6.0 Evaluering av eget arbeid**

Jeg har gjennom mitt arbeid med oppgaven fordypet meg i temaet omsorg til døende, jus, etikk og religion ved hjelp av fag og forskningslitteratur. Noe jeg har funnet interessant og lærerikt. Det jeg har lært vil jeg ta med meg videre i min framtid som sykepleier.

Jeg valgte et litt "annerledes" tema å skrive om. Dette er jeg veldig glad jeg gjorde. Selv om det til tider har vært en utfordring å finne relevant litteratur har jeg klart det ved hjelp av Internet, bibliotek og hjelpsomme Jehovas Vitner.

## 7.0 Referanser

Arlebrink J., (2006) *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*, Malmö, Författaren og Studentlitteratur

Beckstrand R. L., Callister L. C., Kirchoff K. T., (2006) Providing A "Good death": Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care I: *American Journal of Critical Care* nr. 1 s. 38 – 46

Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=5&did=1022208981&SrchMode=2&sid=11&Fmt=4&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1234965998&clientid=72807>

Befring K. C. A., (2007) Jus i helse- og sosialtjenesten, N.W. DAMM & SØN AS

Bunkholdt V. (2005) *Psykologi, en innføring for helse- og sosialarbeidere*, Oslo, Universitetsforlaget

Cahana m.fl. (2008) Ethical Decisions-Making: Do Anesthesiologists, Surgeons, Nurse Anesthetists, and Surgical Nurses Reason Similary? I: *Pain Medicine* nr. 6 s. 728 - 736

Dalland O., (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Duffin C. (2008) No more bad blood I: *Emergency Nurse* vol. 15 no. 10 s. 18 – 21

Forsberg C., Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm, Bokförlaget Natur og Kultur

Hjort, P. F., (2008) Pleie og omsorg ved livets slutt I: *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. red Kirkevold M., Brodtkorb K., Ranhoff A. H., s. 447 – 454 Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Ilkjær I., (2005) Sykepleie til den døende pasienten – døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen I: *Sykepleieboken 1*, red. Mekki T. E., & Pedersen S., s. 499-537, Oslo, Akribe AS

Johannessen K. I., Molven O., Roalkvam S., (2007) *Godt Rett Rettferdig, etikk for sykepleiere*, Oslo, Akribe AS

Karoliussen M., (2006) *Eldre, aldring og sykepleie*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen N. J., (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 4*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

MacLaren G., Anderson M., (2004) Bloodless Intensive Care: A Case Series and Review of Jehovah's Witnesses in ICU I: *Anaesthesia and Intensive Care* nr 6 s. 798-803

Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=774875271&sid=2&Fmt=4&clientId=72807&RQT=309&VName=PQD>

Martinsen K., (2008) *Omsorg sykepleie og medisin*, Universitetsforlaget

*Ny verden-oversettelsen av De hellige skrifter (1996) WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA*

Olsson, H., (2006) *Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiver*, Oslo, Gyldendal akademiske

Pasientrettighetsloven (1999) *rett til nødvendig helsehjelp*, paragraf 2-1. Hentet 10.januar 2009 fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-002.html#2-1>

Pasientrettighetsloven (1999) *rett til medvirkning og informasjon*, paragraf 3-2. Hentet 10.januar 2009 fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2>



Pasientrettighetsloven (1999) *rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner*, paragraf 4-9. Hentet 10. januar 2009 fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-004.html#4-9>

Saurasunet A., (1999) Pasienten ønsker noen å snakke med I: *Sykepleien* nr. 6  
Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=349&categoryID=27>

Sneltvedt T., (2005) Konsekvensetikk I: *Etikk i sykepleien*, red. Brinchmann B. S. s. 62 – 71, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Steenfeldt V. Ø., (2006) Eksistensielle og religiøse problemstillinger i sykeplejen – om åndelig omsorg, Gads Forlag

Syse A., (2004) Pasientrettighetsloven med kommentarer, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Sødal H. K., (2004) Jehovas Vitner I: *Religioner og Livssyn* red. Eidhamar L. G, s. 346 – 362, Oslo, Høyskoleforlaget AS

Tan J., Low J. A., Yap P., m.fl (2006) Caring of Dying Patients and those Facing Death in an Acute- Care Hospital in Singapore: A Nurse's Perspective I: *Journal of Gerontological Nursing* nr. 6 s. 17 -24

Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=4&did=1065531011&SrchMode=2&sid=2&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1234964901&clientId=72807>

Tjelland R., (1995, 27.november) Vi speiler oss i den fremmede I: *Aftenposten*

Tilgjengelig fra

<http://tux1.aftenposten.no/bakgr/kronikk/nov95/1127kron.htm>