



Institutt for sykepleie og helsefag
Bachelor i sykepleie

KULL 2005 H

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE
SY180H 000

Høst 2008

TEMA Autonomi ved livets slutt

Kandidat nr: 206

[Signature]

Innhold

1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av problemstillingen	4
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling	4
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	5
1.4 Formålet med oppgaven	6
1.5 Metodedrøfting	6
1.6 Oppgavens disposisjon	7
2. Menneskesyn og teoretisk referanseramme	8
2.1 Mitt menneskesyn	8
2.2 Valg av sykepleieteoretiker	9
2.3 Kari Martinsens omsorgsbegrep	9
3. Han skulle bare til legevakta for å sy noen sting – En opplevelse fra praksis.	11
3.1 Han skulle bare til legevakta for å sy noen sting	11
3.2 Refleksjon og drøfting	12
4. Faglighet og Autonomi – Teori og drøfting	14
4.1 Faglighet	14
4.1.1 Faglig best også menneskelig best?	15
4.1.2 Om lindrende behandling	16
4.1.3 Eldreomsorgen	17
4.2 Om sansing og forståelse	18
4.3 Autonomi	19
4.3.1 Autonomi begrepet	19
4.3.2 Informert samtykke	21
4.3.3 Kvalifisert samtykke	22

4.4 Autonomi – En verdi over andre verdier?	24
4.4.1 Autonomiens dilemmaer	24
4.4.2 De fire prinsippers etikk	25
4.4.3 Hvor viktig er Autonomi for pasientene?	26
4.5 Autonomi for eldre	27
4.5.1 Sykehjem og rettigheter	27
4.5.2 Godt oppbevart på sykehjem	28
5. Avslutning	30
6. Literaturliste	32

1.0 INNLEDNING

Oppgaven handler om pasientens rett til autonomi mot livets slutt. Oppgave er på 9431 ord.

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling:

Jeg har tenkt å basere oppgaven min på en opplevelse jeg hadde, da jeg fulgte en pasient fra sykehjemmet der jeg jobbet, og til legevakta. En pasient skulle til sykehuset for å se noen stinger etter at han hadde falt, men det ble også tatt et EKG ettersom pasienten hadde litt brystmerter. EKG som ble tatt viste at pasienten hadde et hjerteinfarkt og han ble innlagt på sykehuset. Pasienten selv ville bare hjem, og han spurte meg gang på gang om vi kunne gå hjem snart, at alt han ønsket nå var å dra hjem (til sykehjemmet). Han ble likevel innlagt og døde dagen etter på medisinsk avdeling 97 år gammel. Hvordan er det å være sykepleier opp i en slik situasjon? Hvordan kan man best mulig være der for pasienten? Hadde pasienten blitt sendt hjem slik han ønsket hadde det blitt det rette? Den dagen følte jeg ikke at jeg fylte min rolle som sykepleier godt nok, spesielt fordi han døde kort tid etter uten at han fikk komme tilbake til sykehjemmet. Men hadde han levde ville jeg kanskje ha følt at det ble rett at han ble innlagt og fikk den nødvendige hjelpen. Jeg synes at altfor mange pasienter ikke får dø i deres siste hjem, men blir innlagt på sykehuset i uvante omgivelser. Jeg føler at i livets siste fase blir mennesket ofte oversett til stor favør av behandling. Kari Martinsen (1991) sier at det å vise omsorg står i opposisjon til de rådende verdier i vårt samfunn. Hun sier at å være uavhengig og selvhjelpen står høyere på verdiskalaen enn å ta hensyn til og hjelpe.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling:

Etter å ha tenkt mye gjennom det som berørt meg så mye føler jeg at kjernen i det jeg ønsker å gå videre med er Autonomi mot livets slutt. Døden er noe som angår oss alle. I løpet av livet møter vi døden ved at vi mister noen nære familiemedlemmer eller venner og til slutt er det vi selv som står og ser døden i ansiktet. Det er det eneste uunngåelige ved livet. Selv om vi i dag

med dagens vitenskap kan forlenge livet veldig lenge, kan vi likevel i veldig liten grad bestemme hvordan, hvor og når vi skal dø. Derfor må vi møte døden når den kommer. Jeg har lest flere historier som tar opp temaet døden i bl.a. Brinchmann (2005), Verdikommisjon (2001), og Bondevik (2006), jeg har blitt berørt av flere historier fortalt av sykepleiere og pårørende, dette fordi døden er så naturlig. Selv når den kommer så alt for tidlig, er det som berører meg mest hvordan ting blir gjort i forhold til pasienten og hans pårørende. Det virker som om det som går igjen, som noe helt vesentlig i den siste livsfasen, er det *å ta del i*. Mot livets slutt der døden nærmer seg, kan ikke en pasient bestemme akkurat når eller hvordan han skal dø. For døden er det ingen som bestemmer over. Noe en pasient kan gjøre derimot er å bestemme over livet, selv om det ikke er lenge igjen. Ut fra det har jeg kommet frem til følgende problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta eldre pasienters ønsker og selvbestemmelsesrett mot livets slutt, mot å bidra til en verdig død?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Som det står i problemstillingen har jeg tenkt å ta for meg eldre pasienter. Jeg vil konsentrere meg om pasienter som til en viss grad er i stand til å ta avgjørelser selv, og som har vært i kontakt med hjelpeapparatet i lengre tid eller innlagt på sykehjem. Selv om jeg ser at autonomien kan bli krenket mot livets slutt i alle aldre er de fleste pasienter på sykehjem alle i siste livsfasen, og derfor blir de kanskje en mer sårbar gruppe.

Med livets slutt mener jeg de siste år, måneder eller dager, altså ikke bare den siste terminalfasen.

1.4 Formålet med oppgaven

Jeg har et ønske om å få mer faglig kompetanse på området slik at jeg senere kan bidra til å gi pasienter best mulig pleie og behandling i livets siste fase. Målet med oppgaven er ikke å finne svar på hva som er den beste behandlingen, men for å få en bedre forståelse.

1.5 Metodedrøfting

Jeg har basert oppgaven min på en litteraturstudie, dette vil si at jeg baserer oppgaven min på allerede eksisterende kunnskap. Oppgaven tar utgangspunkt i egne erfaringer og hvordan jeg har reflektert over disse erfaringer i ettertid.

Et viktig grunnlag for stort sett alle oppgaver finner man i litteraturen (Dalland, 2000). Jeg har begynt med å lese det jeg kjenner fra pensum som jeg mener har relevans for min oppgave. Ut fra de bøkene fant jeg også henvisninger til andre bøker innen faget. Litteraturhenvisninger kan være til stor hjelp for å finne den mest relevante litteraturen (Dalland, 2000) jeg har også brukt god tid til å se gjennom bøker som befinner seg i det aktuelle område. Jeg er nok blitt inspirert av noen av disse bøkene uten at de er blitt direkte brukt i oppgave, sånn har jeg også blitt inspirert av det jeg har til nå lært på skolen. Jeg er mer direkte i forhold til denne oppgaven blitt inspirert av Markussen (2004), og Kristoffersen, Noortvedt, Skaug (2005) og Engedal (2000).

Jeg har brukt internett og søkt i blant annet Tidsskriftet Sykepleien, evidence based nursing og bibsys. Jeg har brukt søkeord som autonomi, selvbestemmelse, eldre, sykehjem, verdig død, og livets slutt. Jeg har søkt på disse ord sammen i flere kombinasjoner og alene. Selv om jeg har funnet mange artikler om Autonomi og eldre var det ikke mange som jeg følte passet til akkurat min oppgave.

Å samle inn data fra egne erfaringer gir mange muligheter samtidige som problemene er åpenbare. Noe som kan være negativ med å reflektere over egne erfaringer er notatene blir

pregt av følelser, og man står i fare for å bare se situasjonen fra en side (Dalland, 2000). Jeg har prøvd å se situasjon fra flere sider og stille kritiske spørsmål til hvordan jeg erfarte ting. Jeg har diskutert situasjoner kvalitativt med andre slik at jeg har klart å få frem andre sider også.

1.6 Oppgavens disposisjon

I andre kapitel vil jeg presentere mitt menneskesyn, og teoretisk referanseramme. I tredje kapitel forteller jeg om "Sander", en opplevelse fra praksis som jeg vil dra med meg videre gjennom oppgaven. I siste Kapitel før avslutningen prøver jeg å gjøre rede for betydningen av faglighet og autonomi i helsevesenet, rettet mot min problemstilling. Jeg har ikke noen Teori del eller drøftnings del men har teori og drøfting til dels sammen under de forskjellige punktene.

2.0 Menneskesyn og teoretisk referanseramme

Her presenterer jeg mitt menneskesyn. Videre presenterer jeg hvilken sykepleier teoretiker jeg har valgt å bruke, og litt om hennes teori.

2.1 Mitt menneskesyn

Menneskesynet til en sykepleier kan ha stor betydning for hvilken behandling en pasient får. Derfor er det viktig at vi er klar over hvilke menneskesyn vi har og hvilke konsekvenser det kan få for vår utøvelse i praksis (Brinchmann, 2005:34) Som sykepleier forsøker jeg å ha et holistisk menneskesyn. Et holistisk menneskesyn innebærer at man ser hele pasienten. Dette medfører at man forholder seg til pasienten som mer enn en fysisk kropp. Mennesket ses på som en helhet med kropp, tanker, engstelse, skam, sårbarheter, resurser, livssituasjon, religion, kultur med mer (Brinchmann, 2005). Jeg mener selv at det er svært viktig å ta vare på en pasient på pasientens premisser. At selv når det er bare kroppen som behandles skal dette være fordi mennesket i kroppen selv ønsker dette. Selv om jeg forsøker å ha et holistisk menneskesyn så ser jeg at jeg har mine personlige meninger og prinsipper påvirker mitt evne til å se hele menneske. For eksempel, jeg er helt imot aktivt døds hjelp, og selv om en pasient skulle ha et sterkt ønske om dette, og det hadde vært lovlig så tror jeg ikke jeg kunne ha hatt forståelse for dette, fordi jeg selv mener det er feil. Dette betyr altså at jeg også har mine begrensninger for hva jeg ville la pasienten selv bestemme. Jeg ser også ser at andre har sine prinsipper, personlige meninger og religion som vil ha betydning for hvor mye de vil la pasienten bestemme selv. Det jeg personlig mener er ikke alltid det som er rett for andre, og det andre mener er ikke alltid rett for meg. Når mennesker jobber sammen må man klare å respektere det den andre mener slik at ingen føler seg krenket eller tvunget til noe. I noen tilfeller kan loven av samvittighets grunner gi fritakk til helsepersonell om de skulle ønske det slik at de ikke skal måtte utføre handlinger som er i strid med sin tro. se for eksempel abortforskriften § 15 der helsepersonell kan av samvittighetsmessige grunner bli fritatt fra å bidra til selve inngrepet av å avbryte et svangerskap (Helsetilsynet, 2005)

2.2 Valg av teoretiker

For å utdype mitt syn på sykepleie har jeg valgt å bruke Kari Martinsens sykepleie teori, som tar utgangspunkt i et kollektivt menneskesyn. Kari Martinsen (1991) kritiserer moderniseringen av omsorgen i det hun betegner som vekstomsorgen, der omsorg er knyttet til effektivitet og resultater. I vekstomsorgen er målet at pasienten skal bli frisk, og det gir høyt prestisje å jobbe der. Vekstomsorgen gir ikke rom for pasienter som ikke kan bli selvhjulpne og friske. I det hun betegner som vedlikeholdsomsorgen, der målet er å opprettholde et visst funksjonsnivå, men også til tilbakegang, sier hun hvor viktig det er å ta vare på pasienten i hans her- og nå-situasjon. Martinsen (2000) sier at tilliten er grunnleggende i all menneskers liv. Gjennom et vennelig vesen og hjertelig deltakelse viser vi anerkjennelse. Med en slik holdning kan vi bli gitt tilgang til å følge med i den andres liv, som i relasjonen viser seg å være "noe mer". Sykepleieren må "vinne" pasientens tillit ved å vise seg verdig av den. Hun sier også at en må lære hva som er viktig i arbeidet en gjør, fordi en vil noe med det en gjør. Arbeidet rettes mot hva som er best for mennesket.

Eldre pasienter er i mye større grad avhengig av andre. I livets siste fase blir vi mer avhengig av andre, og mange funksjoner ville aldri kunne gjenvinnes. Pasienten er alltid noe mer enn hans sykdom som skal behandles, gjennom tilliten i relasjonen til pasienten vil sykepleien få mulighet til å se hva som er viktig for pasienten i hans situasjon der han er nå, og dermed gi han den pleien og omsorgen som han trenger.

2.3 Kari Martinsens omsorgsbegrep

Kari Martinsen tar i større grad vare på de svakest pasientgruppene med hennes helhetlig menneskesyn. I sin bok omsorg sykepleie og medisin sier Martinsen (1991) at omsorg er karakterisert gjennom tre dimensjoner (1) omsorg som et *relasjonelt* begrep, (2) omsorg som et *praktisk* begrep og (3) omsorg som et *moralsk* begrep. Den første av begrepene tar utgangspunkt i et kollektivistisk menneskesyn som går ut på at alle mennesker er avhengig av

hverandre. Fra fødselen til alderdommen, er vi i større eller mindre grad avhengig av andre, det er alles liv forutsett. Alle kan komme i en situasjon der de vil ha behov for hjelp av andre, og vi bør derfor handle slik at vi alle får samme muligheter til å leve det beste liv vi er i stand til. Vi lever idag i et samfunn der verdier som uavhengighet vurderes høyt. Avhengighet blir dermed sett på noe negativt, og fører til nedsatt respekt og anerkjennelse, den fører også til lav selvrespekt. Ikke all avhengighet er sett på som negativ for den finnes på forskjellige plan. Det er den avhengigheten som ofte er forbundet med omsorg som består i at man ikke er selvhjulpen, blir sett på som negativ. Der er denne negative forståelsen av avhengighet bidrar til nedvurdering av omsorgen. Det andre er at omsorg også er en praktisk handling, altså den handlingen man utfører for å gi omsorg. Et eksempel er når den barmhjertelige samaritan ikke bare så på skadde mannen og syntes synd på ham, men han vasket sårene og pleiede han. Han utførte en *handling* av omsorg. Den tredje er at vi tar moralske beslutninger ut fra vårt menneskesyn. Moral lærer vi gjennom erfaringer. Prinsipper som ansvaret for de svake lærer vi gjennom praksis. Omsorgsmoral er med andre ord tillært.

3.0 Han skulle bare til legevakta for å sy noen sting – en opplevelse fra praksis

Som jeg har nevnt tidligere vil oppgaven ta utgangspunkt i en opplevelse fra praksisfeltet. Jeg har valgt å gi pasienten navnet Sander, dette er selvfølgelig et fiktivt navn. Jeg har valgt å gi han et navn ikke bare for å få bedre flyt i teksten men også for å understreke det menneskelige, det at han ikke bare er en pasient.

3.1 Han skulle bare til legevakta for å sy noen sting

Jeg hadde kort aftenvakt på et sykehjem der jeg hadde jobbet ekstra vakter ei god stund. Jeg hadde blitt leid inn for å følge en pasient til legevakta slik at han kunne sy et kutt han hadde fått på armen tidligere den dagen da han hadde falt på sitt rom.

Sander var 97 år gammel og oppegående, den siste måneden hadde han blitt mer sliten og ble fort tung i pusten av å gå korte avstander. Han trengte også mer hjelp til generelle dagligdagse gjøremål som å reise seg opp fra en stol. Flere morgener hadde han også klaget over bryst smerter. Hans datter som var innom daglig var nettopp reist på ferie. Hun uttrykket bekymring for sin far og vi lovet å passe godt på han.

Det ble bestilt ambulanse som kom for å hente oss til avtalt tid og kjørte oss til legevakta. Den skulle vente og kjøre oss hjem etter at Sander hadde fått sydd kuttet. Mens såret ble sydd på legevakta klaget Sander på at han hadde vondt i brystet. Legen trodde at brystsmertene sansynligvis kom av at han hadde slått seg da han falt tidligere på dagen. Da jeg forklarte at han hadde klaget litt over brystsmerter på morgenen i det siste og at han hadde ved slike anfall hatt god effekt av Nitroglyserin, og at han da ble smertefri. Legevakts legen valgte da å ta et EKG etter hun var ferdig å sy bare for å se om det kunne være noe galt. Det var bare jeg som kjente ham der og han spurte meg gang på gang om vi bare kunne gå hjem nå. Jeg svarte at vi skulle dra snart, men at legen bare måtte bli ferdig først. Selv om legen også informerte ham og snakket til ham så henvendte Sander seg kun til meg. EKG viste at han hadde en ustabil angina og legen ville ta ett EKG til. Pasienten spurte meg igjen gang på gang om ikke vi bare kunne dra hjem, og jeg prøvd så godt jeg kunne berolige ham med at vi snart skulle dra.

Plutselig sa Sander at han måtte på do for å ha avføring. Pasienten klarte ikke å reise seg fordi han hadde vondt, så legen hentet et bekket. I det vi skulle hjelpe han på bekket fikk han et akutt hjerteinfarkt. Han så på meg mens han ble blå/rød i ansiktet og begynte å kaste opp. Jeg trodde ei stund at her var slutten for Sander, men han klarte seg gjennom det. Legen bestemte at han skulle innlegges på sykehuset eller i alle fall være i mottakelsen til observasjon en stund. Jeg ble med han inn på mottakelsen og satt sammen med ham. Jeg holdte hånden hans og snakket til ham helt til jeg måtte dra. Selv om han bare ville hjem uansett hva jeg sa til han. Til tross for god medisinsk behandling følte ikke pasienten seg trygg og godt ivaretatt som menneske.

Sander døde neste dag på medisinsk avdeling mens personalet der stelte ham om morgenen.

3.2 Refleksjon og Drøfting

Jeg tenkte på hvorfor jeg nevnte at han hadde hatt brystmerter de siste dagene når legen trodde det kom fra et fall? Hadde det ikke vært for meg hadde han kanskje fått kommet seg hjem. Men som sykepleier har jeg rett til å tilbakholde informasjon bare så pasienten kan komme seg hjem? Som sykepleier er jeg pliktig til å utføre mitt arbeid forsvarlig. I helsepersonelloven § 4 står det 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 (HOD, 1999)

Videre står det i samme lov § 25: *"Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp"* (HOD, 1999). Betyr dette at jeg er pliktig til å gi informasjon til samarbeidende personell hvis det er nødvendig å oppfylle kriteriene av § 4 om forsvarlighet? Sander motsatte seg ikke at jeg skulle gi legen disse opplysningene, han sa at

han hadde vondt i brystet. For å unngå at legen skulle misforstå opplysningene om brystsmertene, rettet jeg det med å fortelle at han også tidligere hadde hatt symptomer på angina. Jeg vil si i dette tilfelle var jeg pliktig til å gi den informasjon jeg ga ettersom det var nødvendige opplysninger om hans helsetilstand for å gi forsvarlig helsehjelp og ettersom han ikke motsa seg det.

Jeg hadde dårlig samvittighet fordi jeg hadde forlatt pasienten på sykehuset når han ville hjem, var det fordi han døde neste dag? Jeg stilte meg selv spørsmål som; hvorfor hørte jeg ikke på ham? Kunne jeg som sykepleier sagt noe som ville forandret situasjon? Eventuelt forhindret en sykehusinnleggelse? Kanskje han kunne levd lengre hvis han hadde vært hjemme på sykehjemmet. Dersom han hadde fått medisiner og levd noen dager eller år til, da hadde situasjon kanskje ikke vært den samme. Jeg hadde kanskje ikke tenkt så mye på det i ettertid, selv om jeg da heller ikke hadde hørt på pasienten sine ønsker. Jeg tenkte også mye på datteren hans som var borte da han døde, og hvor mye det ville bety for dem begge at han var i trygge omgivelser når han gikk bort. I lov om helsetjenesten i kommunene står det i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene at kommunene skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov blant annet til en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser (HOD, 2003). Men det er kanskje ikke mulig å forsikre dette i all tilfeller?

4.0 Faglighet og Autonomi – Teori og drøfting

Under dette punktet har jeg skrevet om faglighet og autonomi, og begrepenes betydning for sykepleie.

4.1 Faglighet

Som sykepleier har man som oftest størst innsikt i pasientens medisinske problemer og det ville derfor være uansvarlig å overlate pasienten helt til seg selv (Lingås, 2000) Etter tre år med høgskole og opptil flere år med erfaring står vi som sykepleiere stadig innen faglig kompetanse. Vi vet hvilken behandling som fungerer best fordi vi har lest i faglitteraturen, gitt behandling og sett resultater. Vi har sett at med vår vitenskap kan vi helbrede kroppen og lindre symptomer. Men selv om vi i mange situasjoner vet hva som er faglig best kan vi ikke helt uten videre vite at pasienten selv mener det samme som oss. Selv om vi på mange måter kan "lese" kroppen kan vi ikke lese tankene, og vi må derfor samarbeide med pasientene. Lingås (2000) sier at selv om vi sitter med så mye kompetanse kan vi ikke bare ta problemet fra pasienten og behandle det som et løsrevet objekt.

Vi vet for eksempel at det ikke er bra for lungene å røyke, verre blir det for en pasient med en diagnose som kols. Likevel er det en del pasienter som velger å fortsette å røyke selv etter de har fått en KOLS diagnose. Vi kan som sykepleiere gi all informasjon vi har om hvor viktig det er å slutte, men likevel er det pasienten selv som må ta den avgjørelsen å slutte, vi kan ikke nekte pasienten å røyke. For det første ville det vært svært tids og ressurskrevende og for det andre og kanskje mest viktige det ville ha vært etisk feil. I en slik situasjon kommer det tydelig frem at det er pasienten selv som eier problemet. EKG som ble tatt viste at Sander hadde en ustabil angina og så fikk han et akutt hjerteinfarkt, sett ut fra kun et medisinsk perspektiv ville det beste for hans helse være at han innlegges på sykehuset, slik at sykepleiere og leger kan medisiner ham slik at han *muligens* vil leve i noen år til.

Leger er utdannet og praktiserer på stort sett på vitenskapens premisser, og deres rolle i forhold til pasienten preges naturlig nok av dette (Brinchmann, 2005). Det som sykepleieren

må gjøre er å forklare pasienten hva det beste vi kan gjøre er. Som den eneste Sander kjente i rommet den dagen var meg, henvendte han seg stort sett bare til meg. Legen var opptatt med å sutturet kuttet og se på hans ekg, hun var opptatt med å hjelpe pasienten. Jeg ville også hjelpe pasienten, jeg ga legen informasjon om pasienten slik at hun kunne gi ham best mulig behandling. Jeg ga også pasient informasjon om hvorfor vi ikke kunne dra hjem.

Brinchmann (2005:69) ” *Det er ikke bare den oppgaven som utføres som betyr noe, men relasjonen den blir utført i. Hva som oppleves som viktigst for pasienten, er avhengig av situasjonen*”. Jeg tror ikke pasienten følte seg trygg og ivaretatt på en god og tilfredsstillende måte. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleier står det under § 2: ”*Sykepleieren ivaretar pasientens integritet, herunder retten til omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til å ikke bli krenket.*” Videre står det under § 2.4. ”*Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått*”(Brinchmann, 2005). Kanskje jeg skulle spurt pasienten om han virkelig ville dra hjem. Kunne hans ønske om å dra bare være et uttrykk for smerte og ikke et reelt ønske? Jeg ga ham informasjon, og informasjon var riktig, men kanskje ikke tilpasset. Jeg møtte ikke pasienten på det han sa og klarte derfor ikke å fremme hans mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Om pasienten velger å dra hjem er ikke utsiktene like bra for god medisinske resultater. Men kanskje er det viktigere for pasienten å få være hjemme den siste tiden, enn det er å kanskje få leve noen år til. Å vite hva som er viktig for pasienten kan jeg ikke vite hvis jeg ikke møter pasienten der han er nå. Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven under autonomi.

4.1.2 Faglig best også menneskelig best?

Lingås (2000) hevder at det å avklare sine kilder for autoritets bruk er et sentralt holdningsmessig og ferdighetsmessig område inne helsefag. Er det virkelig til pasientens beste at han får all nødvendig behandling eller er det sann at vi skal føle at vi har seiret over sykdommen?

I dag er vi så opptatt av hva vi *kan gjøre*, at vi ser ikke det vi kanskje burde la vær å gjøre. "Sander" er en gammel mann han har levd et godt og aktivt liv. Nå begynner kroppen hans å bli sliten og han klarer ikke det samme som før. Vi ser at *kroppen* begynner å bli syk, og at han har fått en ustabil angina noe som vi teknisk sett kan behandle ved hjelp av teknologi. Vi ser at dette må vi *gjør* noe med, fordi vi har teknologien til det. Legene begynner å undersøke ham. Men *mennesket* i kroppen har det best hjemme. "Sander" skjønner at han har ikke mange år igjen uansett og kanskje vil han ikke at *kroppen* hans skal pleies bare for at han skal holde seg i livet, for til nå har han *levd*.

Naturvitenskapen løser ingen ekstenieller problemer. Hvis naturvitenskapen betyr så mye at den ikke gir plass til den humanistiske innsikten i omsorgen, så er det verre å få mer viten (Martinsen, 2000). Hun sier også at problemet melder seg hvis livet reduseres til vitenskapens forståelsesmåte. Da ser vi ikke det vi ikke har i vår makt.

På den andre siden må vi også være klar over at selv om vi kanskje ikke kan behandle en sykdom, kan det være viktig for pasienten å vite hva det er som feiler ham (Bondevik, 2006). Selv om pasienten ikke ønsker noen drastiske tiltak satt i gang for hjerte, eller om det ikke er noe som kan gjøres, kan det være godt å vite hva forandringene i kroppen skyldes

4.1.2 Om lindrende behandling

Kompetansen innen lindrende behandling er mangelfull i dagens helsevesen. Det er et lavstatusområde som ofte blir nedprioritert (verdikommissjonen, 2001). Kanskje det er fordi den effektiviteten av lindrende behandlingen ikke kan måles slik det kan med livreddende behandling. Derfor velger man heller en behandling som gir målbare resultater. Det er svært lett å ta hensyn til egen prestisje, og få problemet raskt og effektivt unna (Lingås, 2000) "*Den lindrende behandlingen redder ikke liv, men den bekrefter livet og menneskeverdet, den frigjør energi til å leve*" (verdikommissjonen, 2001:15). Det er naturlig å bli resultat orientert når man jobber med noe, men som sykepleiere er det mennesker vi jobber med og ikke all behandling kan gi målbare resultater. Ved å gi lindrende behandling der situasjonen skulle

tilsi det kan vær like viktig og livs bekreftende for en pasient som det å få det beste innen livreddende behandling. Vi må ikke bli så opptatt av resultater at det går på bekostningen av pasienten.

4.1.3 Eldreomsorgen

Eldre omsorgen er nok et Hvorfor nedprioriterer vi eldreomsorgen? kanskje fordi det er et såkalt "vannlig problem" som alle får og derfor er uinteressant. At "det går bare den ene veien når man er så gammel". Kanskje det er fordi det virker så fjernt for oss som selv enda er ung, og derfor føler vi at det virkelig ikke det angår oss. Eller er det kanskje fordi vi i alt for stor grad motvirker det naturlige. Og da blir det meningsløst?

Eldre omsorgen blir lett nedprioritert også av sykepleiere. Eldre mennesker kan lett bli behandlet som barn eller ukompetente. De blir ikke hørt på, og avgjørelser blir tatt som om de var umyndigjort. Helsepersonell har ofte så stor forståelse for situasjon og omsorgsgiver at de ikke ivaretar pasientens interesser (bondevik, 2006). Martinsen (2000) sier at det er gjennom relasjon til den andres liv at det vises seg å være "noe mer". For å bli gitt tilgang til den andres liv må sykepleieren vise seg verdig den. Det forutsetter at sykepleieren blir kjent med pasienten, noe som tar tid. Det kan hende vi velger det som er "faglig" best fordi det er et "lettere" alternativ, ikke fordi det nødvendigvis er det beste alternativet. For eksempel kan alle som har jobbet på sykehjem kjenne igjen den pasienten som roper "hallo, hallo" eller "hjelp meg, er det noen der? hjelpe meg" Mange av disse pasientene roper uten stopp, med bare pause når noen prater til dem. Å ha noen til å passe på pasienten hele tiden er svært tidkrevende, det føles ofte som en slitsom jobb å svare på de samme spørsmålene om og om igjen. Selv om noen av disse pasientene er mye roligere bare de har noen som har tid til å sitte sammen med seg. Jeg har selv opplevd flere gang at slike pasienter blir sittende på rommet sitt hele dagen, og pleierne går forbi rommet med ropene uten å reagere. Noen ganger kan det være av hensyn til andre pasienter at disse pasientene til tider skjermes på rommet, men jeg har på følelse at det ofte blir an "gammel vane". Noen ganger hørte vi pasienter rope på rommet, når stua var tom fordi andre beboerne hadde lagt seg middags hvile. Likevel var det sjelden at noen hentet pasienten slik at de kunne sitte sammen med oss. Var forståelsen for at

situasjonen var slitsom så stor at det overgikk pasientens velvære. Steensen (2006:231) sier også noe om hvorfor vi ofte velger bort å bli kjent med pasienten. I all helsevesenets effektivitet blir hverdagen til en helseprofesjonell ganske så travel. Det er ofte slik at vi på grunn av lav bemanning så vidt rekker å gjøre det som er helt nødvendig før vi går slitne hjem fra jobb. Å bli kjent med en pasient krever tid, og tid krever ressurser. Når ressursituasjonen er som den er i dag i helsevesenet spesielt på sykehjem er det kanskje ikke rart at det å bli kjent med pasienten blir nedprioritert.

Vi utreder og behandler ofte mer en det gagnar fordi vi ikke forstår det som naturlig skjer gjennom dødsprosessen. I dag står vi langt mer alene enn før i sorg og den siste livsfasen. I streben etter helse, velvære og kontroll er viktige perspektiver blitt borte. I en tid preget av individualisme, og høyt tempo er vårt forhold til lidelse og døden blitt fattigere. Med stor materiell velstand har vi en åndelig tørke. Vi er så opptatt av å eksistere og kontrollere at vi ser ut til å unngå livets mysterier (Verdikommisjon, 2001). I boken *Beboerne* av Steensen (2006) virket det som om det ofte var viktigere for pleiepersonalt at en pasient ble så gammel som mulig en det var for dem som virkelig ble veldig gammel. Sander var snart 98 år han hadde til nå vært forholdsvis frisk og trengte lite hjelp. Den siste måneden var han blitt mer sliten og hadde mer behov for hjelp. Kanskje det ikke var så viktig for ham og for en hver pris leve noen år til. Det kan hende at han ikke ville leve flere år til hvis det innebar og være sterkt pleietrengende. Jeg husker en gang jeg så på tv der en 93åring skulle hoppe i fallskjerm. På spørsmål til datteren hans om ikke hun var redd for at han skulle dø når han hoppet, lo datteren og sa at han alltid hadde ønsket å dø med skoene på. Kari Martinsen (1991:80) sier at; *"omsorg står i motsetning til behandlingens vekt på effektivitet og resultater."*

4.2 Om sansing og forståelse

Kari Martinsen sier at vi med sansingen overvinne alle avstander. Det er en enhet mellom den sansende og den sansede. Den andre oppleves som et med en selv, den angår oss, det er ikke likegyldig om han er til eller ei. Å se en i smerte oppleves gjennom sansingen som ubehagelig og smertelig fordi sansing er identifiserende. Forståelsen skaper avstand, vi

forstår den andre som noe annet enn oss selv. Vi forstår på sansingens vilkår. Og vi må ha en balanse mellom å sanse og å forstå. Sanser vi uten å forstå står vi handlingslammet, forstår vi uten å sanse blir det ren registrering.

I en akutt situasjon kommer det mange nye inntrykk og en blir overveldet av sansene. Når en sykepleier uten mye erfaring innen akutt behandling blir så overveldet av sanser, blir det vanskeligere å forstå? Hvis det er slik blir det også slik at en sykepleier som har mye erfaring innen akutt sykepleie lærer seg å kutte ut sansene slik at hun ikke skal bli handlingslammet i situasjon?

Jeg ble overveldet av sansingen og viste ikke hva jeg kunne gjøre. Forsto sykehus personalet så mye at de klarte ikke å sanse? Jeg sanset Sander sin smerte og ville gjøre alt for at han skulle ha det bedre, men han hadde andre interesser en jeg hadde, jeg er ung og vill leve og derfor måtte jeg også klare å forstå det jeg sanset. I noen situasjoner er det en enklere balansegang mellom å forstå og det å sanse, men i noen situasjoner blir det vanskeligere å balansere de to fordi det blir vanskelig å forstå uten å ta alt for mye avstand.

En må være tilstede i situasjonen, i øyeblikket med hele sin sansende kropp slik at en kan forsøke, med et konsentrert og deltakende øye vendt mot den andre, å holde tiden i rommet, slik at tiden og produktiviteten ikke løper av sted med oss (Martinsen, 2000:32).

4.3 Autonomi

I hvor stor grad er autonomi oppnåelig og hvor stor betydning autonomi har i behandling av pasienter.

4.3.1 Autonomi begrepet

I den store norske ordbok (2005) er det to definisjoner på Autonomi, 1 politisk selvstendighet i form av indre selvstyre. 2 (filos) selvstendighet; uavhengig av impulser (tvang) utenfra.

Ordet autonomi kommer fra de greske ordene *autos* (selv) og *nomos* (lov, styring, regulering) opprinnelig refererte begrepet til selvstyre av selvstendige byer og stater begrepet etter hvert flyttet over til det enkelte menneske (Beauchamp og Childress, 2009).

Beauchamp and Childress (2009) har i sjette utgave av sin bok *Principles of biomedical ethics* belyst og utvidet flere begrep innen medisinsk etikk. Gjennom sine argumentasjoner gir de en større forståelse av begrepet *autonomi*, som det fortsatt finnes stor ucnighet om, i helseverden. De stiller kritiske spørsmål til mange teorier om begrepet autonomi fordi de representerer et ideal som er nært uoppnåelig for de fleste av oss som tar valg. De analyserer autonome handlinger av normale valgtakere som handler i tre betingelser

1. Med hensikt
2. Med forståelse
3. Uten kontrollerende innflytelser som avgjør deres handlinger.

Den første av de tre betingelsene er ikke avgjørende i grad. Enten er en handling med hensikt eller ikke. I midlertidig kan både den andre og tredje av betingelsene være til stede i mer eller mindre grad. Derfor kan handlinger være autonomes i forskjellige grad. Å forvente i en helseinstitusjon at en pasient skal handle helt og fullt autonomt ville ta bort betydningen av helseinstitusjonen, hvor handlinger er sjelden om noensinne fullt autonomt. De kommer også inn på begrepet kompetanse eller på engelsk *Competence*. Selv om autonomi og kompetanse ikke betyr det samme er kriteriene for begge ganske lik. Personer kan være kompetent på forskjellige områder og i forskjellig grad. Kompetanse i denne sammenheng er hvorvidt pasienten er i stand til å ta egne avgjørelser.

Det vil si at en pasients rett eller evne til å handle autonomt avhenger mye av hvor kompetent pasienten er.

4.3.2 Informert samtykke

Prinsippet om informert samtykke går ut på at den som yter helschjelp, skal informere den som mottar helschjelp, om forutsetningene og konsekvensene av å motta/ikke motta behandling. Slik at når pasienten har fått tilstrekkelig med informasjon vil pasienten *selv* være kompetent og kvalifisert til å ta egne beslutninger. Pasienter er i sin fulle rett til å takke nei til behandling. Men da slår gjerne paternalismen inn. Da vet ikke pasienten sitt eget best (Lingås, 2000).

Var Sander kompetent nok til å ta avgjørelsen om at han skulle hjem uten behandling? Sander var en myndig voksen som til nå hadde tatt alle avgjørelser selv. Jeg husker en gang, ca. et år før han døde, han hadde store venøse sår på begge leggene. Det ble prøvd forskjellige typer salver og kompresser uten at det ga noe resultat. Huden var veldig tynn og det skulle lite til for at huden revnet og sårene ble større. Sander spurte selv om han fikk snakke med legen. Legen kom inn til ham på neste visitt og de diskuterte sårene. Sander husket at han selv hadde prøvet grønsåpe bad for flere år siden og blitt kvitt sår på leggene og han lurte på om han kunne få prøv det nå også. Legen mente at det var en god ide, spesielt ettersom ingenting annet virket, heller tvert imot. Etter noen uker var sårene blitt helet. Sander var vant til at vi hørte på ham og at han selv fikk medvirke til eller bestemme egen behandling. Når han begynte å få brystmerter ville han bruke nitroglyserin ved behov, men han hadde ikke selv noe ønske om å gå videre med utredning osv. Han ble heller aldri direkte spurt. Ble han inkompetent på sykehuset fordi det å ikke bli innlagt innebar for stor risiko for hans helse, at han da ble inkompetent? Beauchamp og Childress (2009) sier kanskje noe om det i det som kalles sliding-scale strategy. Sliding-scale strategy går ut på at pasientens autonomi eller kompetanse avgjøres av hvor risikable eller kompleks en avgjørelse er.

Sander fikk informasjon om tilstanden sin, men han fikk aldri konkret informasjon om hva det ville innebære om å dra hjem. Hadde jeg som sykepleier virkelig hørt på ham, og tatt det han sa på alvor kunne jeg ha gitt han slik informasjon. Da kan det hende at Sander kanskje selv ville ha valgt å bli innlagt på sykehus. Men det er også godt mulig at han ville ha valgt å dra hjem.

Å få informasjon er en pasient rettighet. I pasientrettighetsloven kapitel tre står det om pasientens rett til informasjon og medvirkning. Det står blant annet i § 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 (HOD, 1999).

Videre står det under § 3.5:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (HOD, 1999).

Selv med god informasjon kan vi ikke med sikkerhet si at en pasient har tatt et autonomt valg med gyldig informert samtykke. Det holder ofte å fortelle en pasient de sentrale fakta. Noe informasjon blir utelat fordi vi mener at det er urelevant eller banalt. Noe informasjon er vital og avgjørende. Det er ikke mulig å gi absolutt *all* informasjon. I midlertidig bare fordi handlinger aldri er helt informert, frivillig og autonomt, betyr det ikke at de aldri er tilfredsstillende informert, frivillig og autonomt (Beauchamp og Childress, 2009).

4.3.3 Kvalifisert samtykke

I noen tilfeller er pasienten ute av stand til å ta imot informasjon, og er ikke i stand til å ta egne valg. I slike tilfeller må man nøye seg med det vi kaller kvalifisert samtykke. Kvalifisert samtykke basers på hva faglig paternalisme eller på grunnlag av pårørendes samtykke, hva en antar at pasienten ville ønsket (Lingås, 2000). I slike tilfeller må det legges vekt på hva

pasienten ville ønsket. Å vite hva som er rett for pasienten er ikke alltid like enkelt når en pasient ikke selv kan gi uttrykk for det i hans her og nå situasjon. Er det mulig å gi en ikke autonom pasient den behandlingen han ville han valgt dersom han hadde vært autonom? Beauchamp og Childress (2009) har tre normer om autorisert samtykke under de kaller for "surrogate decision making"

- *The substituted judgment standard* (Stedfortredende dømekraft norm) Når en pasient ikke er kompetent til å ta valg må en stedfortreder ta valget for han. For at noen skal kunne ta en avgjørelse slik pasienten ville det må en stedfortreder virkelig kjenne pasienten godt. Man kan ikke vite akkurat det en pasient ønsker bare ved å vite noen personlige verdier. En må kunne stille stedfortrederen spørsmålet: *Hva hadde pasienten ønsket?* Begynner stedfortredene å svare men det *han ønsker for pasient* burde man ikke bruke denne normen. Man burde heller ikke bruke denne normen på en pasient som aldri har vært autonom.

- *The pure autonomy standard* (den rene Autonomi norm) er der man tar hensyn til pasientens tidligere autonome valg som, for eksempel et livs testament, men også det som er uttrykt verbalt til familie, helsepersonell eller advokat. Det kan bli problematisk dersom det ikke finnes noen konkrete pasient utsagn. Da kan stedfortrederen fritt velge de verdiene fra pasientens livs historie som skulle passe den avgjørelsen som skal tas.

- *The best interests standard* (med beste hensikt normen) her skal en stedfortreder velge det de mener gir mest goder eller fordeler for pasienten. Her kan også pasienten selv ha utnevnt en stedfortreder, før de ble inkompetent, til å foreta valg for pasienten. Disse valgene kan bli sett bort fra hvis de tydelig ikke er i pasientenes best interesse hvis ikke annet tydelig dokument skulle si at pasienten ønsket dette. Et gyldig dokument som gir stedfortrederen rett til å foreta valg som ikke er i det vi vill kalles problematisk. For eksempel ved en dement pasient, det er vanskelig på forhånd å si hvordan pasientens livskvalitet vil bli. Har pasienten på forhånd skrevet under på at hun ikke ønsker noe livs forlengende behandling, må man respektere det selv om hun er tilsynelatende glad og opplever god livskvalitet.

Selv om Sander var inkompetent og ikke i stand til å ta en avgjørelse om å dra hjem burde vi prøve så godt som mulig å ivareta pasientens tidligere autonome ønsker. Det er mye som tyder på at Sander ikke ville valgt å få behandling på sykehuset. Men er det fordi det er mine øyner som ser? *Jeg synes at eldre pasienter burde få lov til å dø, og at vi i alt for stor grad motvirker det naturlige med vitenskapen. Dersom en annen pleier hadde vært sammen med*

ham og hadde andre verdier en meg ville hun kanskje ha gått ut ifra at han egentlig ville innlegges, og bli medisinert. Slik at han kunne bli sånn som han var et par måneder tidligere, frisk og oppgående! Blir da det tidligere "autonome" ønsker alltid avhengig av verdiene til den kvalifiserte som skal ivareta pasienten?

4.4 Autonomi- en verdi over andre verdier?

Under dette punktet har jeg skrevet om autonomiens dilemmaer, de fire prinsippers etikk og litt om at kanskje ikke autonomi er like viktig for pasientene.

4.4.1. Autonomiens dilemmaer

For ca. 30 år siden rådet det vi kaller for paternalismen. Paternalismen bygger på at legen og sykepleieren visste det som var best for pasienten, og dermed tok over. Selv om vi i dag ser ned på paternalismen hadde den også sine fordeler. Den ga pasienten trygghet, en følelse av at "den som vet best tar vare på meg". I dag bestemmer pasienten i større grad en tidligere selv, det forutsetter selvfølgelig at pasienten er både kompetent og informert, de blir avhengig av den informasjon de får (Bondevik, 2006). I akutte situasjoner er det ikke mye tid til å gi informasjon. Pasienten er kanskje ofte også mindre mottakelig for informasjon kan vi da la pasienten selv stille seg til ansvar og ta egne valg, hvis det forutsetter at pasienten får tilstrekkelig informasjon slik at han er kompetent? I helsepersonelloven § 7 står det om øyeblikkelig hjelp:

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen (HOD, 1999).

Når jeg var på legevakten sammen med Sander oppsto det en akutt situasjon, Sander fikk et hjerteinfarkt. Var situasjonen så påtrengende nødvendig at vi kan gi nødvendig helsehjelp selv om pasienten motsatte seg helsehjelpen? Jeg vil selv påstå at her finnes en "grå sone" der ikke alt er like klart. Kanskje var ikke situasjonen så påtrengende nødvendig at han fikk helsehjelp med en gang uten hans samtykke men allikevel påtrengende nødvendig nok til at behandling burde starte så fort som mulig for å gi best mulig prognose. Hvordan en behandler vil vurdere en slik situasjon vil avhenge av hvilke prinsipper behandleren legger mest vekt på.

4.4.2 De fire prinsippers etikk

På slutten av 1970 tallet kom en medisinsk etisk kommisjon til enighet om de fire etiske prinsippene. *Autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet*. Alle disse prinsippene er viktig når man skal løse kompliserte medisinsk-etiske spørsmål (Brinchmann, 2005) I denne oppgave har jeg fokusert mye på pasientens rett til autonomi. Dette har jeg gjort fordi jeg har så alt for mange gang sett denne retten bli krenket. Likevel synes jeg at det er viktig at de andre prinsippene som ble belyst i Beauchamp og Childress (2009) sin *Principles of biomedical ethics*, belyses her også:

Ikke skade prinsippet – er et prinsipp som går ut på å ikke forårsake skade

Velgjørenhet – Er det å gjøre noe for å forhindre skade eller at man gjør noe godt for pasienten.

Rettferdighet – går ut på rettferdig fordeling av ressurser og å behandle alle likt.

"Selvbestemmelsesretten blir ofte en verdi som kolliderer med andre verdier" (Lingås, 2000:150).

Selv om jeg ser på selvbestemmelsesretten som en av de viktigste verdiene har jeg også mine egne normer som kanskje følger med i "min bagasje" når jeg skal hjelpe en pasient. For eksempel min holdning til aktivt dødshjelp. Jeg synes at det er svært viktig å ivareta pasientens rett til autonomi. Samtidig er jeg stort sett helt imot aktiv dødshjelp, uansett hvor mye pasienten selv skulle ønske det. Jeg sier stort sett fordi vi med dagens teknologi og kunnskap har mulighet til å lindre og gjøre resten av livet så behagelig som mulig uten å avslutte det, det kan i midlertidig være ekstreme situasjoner, men ettersom de er så sjelden sier jeg meg 100 % imot aktiv dødshjelp. Likevel kan jeg møte pasienter som ønsker dette, fordi mennesker har forskjellige verdier. En katolsk pasient vil ha andre verdier på spørsmål om abort en det en lege som utfører dette inngrepet. En katolikk ville på spørsmål om abort sett prinsippet om *ikke skade* for å beskytte det ufødte liv over prinsippet om *Autonomi*. En lege som til daglig utfører abort inngrep, vil sannsynligvis sette prinsippet om *Autonomi* først. Han føler kanskje også at prinsippet om *velgjørenhet* overskrider det av *ikke skade*. Fordi et uønsket barn etter hvert kan skade både mor og barn. Som Lingås (2000) sier ville selvbestemmelsen i et slikt tilfelle kollidere med andre verdi som, å verne livet og å innse at livet ikke er smertefritt helt fra begynnelsen av. Og når en pasient trenger hjelp så er det ikke bare deres liv og verdier som berøres men også den som gis hjelpen.

4.4.3 Hvor viktig er Autonomi for pasientene?

I sin Hovedfagsoppgave i praktisk kunnskap, Samtaler om hjelp – mellom autonomi og avhengighet skriver Grethe Halvorsen (2004) om betydning av Autonomi for pasientene. I kvalitative intervju med 9 pasienter fant hun ut at rettigheter som autonomi er viktig for pasienten men mer i form av måten de blir ivaretatt på enn omfang og innhold. Mange oppfatter selvbestemmelse og integriteten som likestilt. Pasienten kan føle at integriteten krenkes selv om rettigheter som selvbestemmelse ivaretas. Hun sier det slik:

Når retten eller muligheten til å selv bestemme innskrenkes kan det oppleves som en krenkelse av vår integritet. Men vår integritet eller verdighet avhenger ikke av retten, muligheten eller evnen til å opptre autonomt (Halvorsen, 2004:56).

Kanskje ville det ha vært en krenkelse av Sander sin integritet å spørre han om han ville ha hjelp? Å gi ham det direkte valget å gå tilbake til sykehjemmet uten behandling nettopp fordi han er gammel vil kanskje oppleves av pasienten som om at ikke vi heller ser på ham som verdigfull lengre. For å sette det litt på spissen. Hvis vi forklarer han at han er gammel og at han sannsynligvis ikke kommer til å leve så mye lengre uansett vil han kanskje føle seg presset til å velge å dra hjem. Kanskje han føler at det er vi som har kompetanse burde behandle han etter vår beste evne.

4.5 Autonomi for eldre

Under dette punktet har jeg skrevet litt om pasientenes rettighet på sykehjem, og retten til en verdig død.

4.5.1 Sykehjem og rettigheter

Malmedal (1999), har i sin bok sykehjemmets skyggesider skrevet om overgrep på sykehjem. Hun sier at et overgrep kan være ikke-intensjonelt. Å nekte rettigheter som valg, mening og privatliv er et overgrep. Hun sa også at det ser ut til å være en utbredt oppfatning blant mange av pleierne at sykehjemsbeboere fratras mange av disse rettighetene. Det å miste mulighet til personlige valg er en realitet i beboernes dagligliv. Alt bestemmes, Når skal de spise, hvilken dag de skal dusje, med mer. Og motstand blir møtt med motstand. Å frata noen deres selvbestemmelsesrett kan få en pasient til å oppleve å føle seg krenket. Hun sier at ofte blir slik overgrep ”en gammel vane”. Mange langtidsinstitusjoner er medisinsk orientert og kan ha en tendens til å umyndiggjøre beboere.

Var det også av ”gammel vane” at Sander ikke ble hørt? Er det så allment akseptert at sykehjems beboere blir ”umyndiggjort” at vi tenker ikke en gang å høre på han? Jeg liker ikke

å tro at jeg bare aksepterte at Sander ikke hadde noen mening i den behandlingen han fikk, men jeg var også med på at han ikke fikk noen valg. Jeg tok ikke det seriøst fordi jeg også mente at legen kunne jobben sin, og at det var nødvendig at Sander fikk nødvendig helsehjelp. Hvis en situasjon er nødvendig er det ikke et overgrep (Malmedahl, 1999) Spørsmålet blir da var det nødvendig for Sander at han fikk akkurat den hjelpen han fikk? For at han skulle overleve så var det nok det, men for at Sander skulle føle seg vel var det kanskje ikke det. Det kan virke som om det var i vår interesse at han ble frisk og ikke i hans. Som nevnt tidligere er det viktig å avklare sine kilder for autoritets bruk (Lingås, 2000).

4.5.2 Godt oppbevart på sykehjem

I en undersøkelse utført av Braastad mfl. (2007) kom det frem at god samarbeid mellom sykehjem og sykehus kan gi færre innleggelser. Mange pasienter blir innlagt på kveld og natt via legevakta. Fordi tilsyns lege ikke kjenner til pasienten blir det ofte at pasienten blir innlagt. I undersøkelsen hadde sykehjemmene tilgang til en vakt sykepleier med akutt erfaring som kunne nås på telefon eller rykke ut til sykehjemmene. Hun og sykehjemmets faste personale bestemte i samarbeid hvilken behandling som var nødvendig. Dette samarbeidet avverget flere ganger innleggelse

Jeg føler i den situasjonen med min pasient Sander at jeg skulle ha hørt mer på han. Alt ble hektisk og det var på sykehuset der jeg ikke var kjent, og ting gikk fort. Hadde vi vært på sykehjemmet ville pasient kanskje blitt hørt i større grad. Han fikk informasjon, men vi snakket nok mer til han og ikke så mye med han. Det ble en slags enveis kommunikasjon. Jeg veide opp for all informasjon om pasienten som symptomer, men kanskje i alt klarte jeg ikke å se hele pasienten.

Med dagens teknologi og kunnskap er fristelsen for å vedlikeholde livet utover det naturlige svært nær. Respekten for livet forutsetter at en også har respekt for døden når tiden er inne, selv om erfaring har vist at livet er vanskelig å gi slipp på. Det er en utfordring å la pasienten dø (verdikommissjon, 2001). Som jeg har nevnt flere gang tidligere er jeg imot aktivt

dødshjelp fordi, det bryter med livets naturlige gang og livet er ikke smertefritt. Men med den teknologien og medisinen vi har tilgang til i dag gjør vi også mye av det jeg er imot av de samme grunnene. I dag lever mennesker ofte lengre, ikke for å bli frisk men, for å dø en lengre død. Ofte får ikke døden komme naturlig fordi vi kan utsette den.

Jeg husker en gang på sykehjem jeg reagert ganske sterkt på at livs forlengende behandling ble utført. Hun var en forholdsvis ganske ung dame i tidlig til midt 60 åra. "Torbjørg" hadde bodd på sykehjem i ca 7 år. Hun hadde en frontallappdemens og av hensyn til de andre beboere hadde hun i de siste årene bare vært på rommet sitt. De siste 2-3 årene var hennes situasjon blitt verre og hun var sengeliggende. Hun hadde ikke språk igjen og jeg følte ikke at jeg fikk noen som helst kontakt med henne. Jeg husker at mannen hennes som tidligere kom trofast flere gang i uken sa det samme. Han hadde i de siste begynt å komme noe sjeldnere på besøk. Hun hadde en diabetes med store svingninger i blodsukkeret og vi målte ofte 5-6 ganger i døgnet for å forsikre oss om at det ikke ble for høyt eller lavt. Jeg følte ofte at jeg nesten måtte tvinge i henne mat på natten og hun kunne ikke utrykke ja eller nei. En dag fikk hun både slag og en dyp vene trombose i den ene foten. Hun fikk mer medisiner og hun kom seg gjennom dette også. Jeg huske faktisk at jeg følte skuffelse, over at hun aldri fikk dø. Mannen hennes virket sliten, og jeg tror han hadde blandet følelser om at hun klarte seg, for han hadde allerede sørget i flere år over tapet av sin kone.

Jeg vet ikke om noen hadde snakket med han om behandlingen av hans kone. Kanskje var det for sensitivt å spørre han. Men kanskje han ikke turte å si noe om dette av frykt av at det ville virke som om han ikke brydde seg om henne. Er det slik at det å overleve er den viktigste verdien vi har i dag? I boka fenomenologi og omsorg skriver Martinsen fra Skabelse og tilintetgørelse av Løgstrup (1978), "Livet er livet verd, om det oppleves godt, ondt, smertefullt mens det leves i tiden. Livet er mer en det kvalitetsløse å overleve" (Martinsen, 2003:93). I noen situasjoner er det kanskje mer omsorg i å la naturen gå sin gang.

I dag må vi kanskje være enda mer oppmerksom på helhetlig pleie og personen i sykdommen, jo lengre vitenskapen kommer. Vi må være der for pasienten, høre på hva han ønsker, fordi det er jo tross alt hans kropp, ikke vår. Samtidig vil jeg si at det er viktig å ikke bare se at pasienten er gammel og sliten. Det kan jo hende at pasienten vil prøv alt som går an å prøve selv om utsiktene ikke er så bra. Bondevik (2006) sier det å få nødvendig helse hjelp også er et overgrep.

5.0 Avslutning

Vi lever i en verden hvor ingen er lik. Det som blir rett for meg blir ikke alltid rett for den andre. Som Beauchamp (2009) sier er alle prinsippene en del av et etisk rammeverk bestående av 4 prinsipper. Selv om jeg har prøvd å se saken fra forskjellige sider bærer oppgaven min preg av hvilke verdier *jeg* synes er viktig. Jeg kunne kanskje konkludere med at jeg burde ha hørt på Sander og ivaretatt hans rett til autonomi, men det er sikkert flere som vil være uenig med meg. De vil kanskje mene at velgjørenhets prinsippet er det overordnet prinsipp her. Derfor har jeg ikke tenkt å konkludere noe som helst. Men jeg vil si at det er viktig å tenke over hvilke prinsipper er viktig for en selv, å innse at ikke alle de har samme prinsippene. Det er kanskje også viktig å tenke over hvilke konsekvenser det har for andre, når en velger å sette et prinsipp over det andre. Man kan ikke sikre en pasient en verdig død med å kun ivareta retten til autonome valg. Alle mennesker og alle situasjoner må behandles individuelt. En sykepleier må bruke sitt faglige skjønn til å bedømme det som føles riktig. *"I skjønnhet arbeider etikk og faglighet sammen ut fra oppmerksomhet mot det levende livet"* (Martinsen, 2000:41)

Mange pasienter stoler ikke på at helsevesenet skal kunne avgjør når livs forlengende behandling skal avsluttes (verdikommissjon, 2001). I frykt for overbehandling har litt i underkant av 4000 pasienter meldt seg inn i foreningen retten til en verdig død (www.livstestament.org). En organisasjon som jobber for å skape verdige forhold for døende, ved å påskynde utviklingen innen lindrende behandling og kjemper for pasientens rett til å si når "nok er nok". Selv har jeg mine tvil om helsevesenet kan sette grenser for medisinske intervensjoner mot livets slutt. At det i det hele tatt finnes en slik forening burde få oss til å tenke over "gjør vi for mye?" "ser vi mennesket"

I situasjonen angående Sander gjorde jeg alt i beste hensikt. Jeg hadde ingen forutsetning til å vite at han ville dø neste dag. Ting kunne kanskje bli gjort annerledes, men de ble ikke det. Jeg gjorde mitt beste i den situasjonen og står i dag kanskje sterkere til neste gang. Det hadde vært interessant å vite, om det å drøfte pasientens ønsker om hennes/hans siste tid og død på forhånd vill hjelpe oss å ta riktig valg i akutsituasjoner. Men ville pasienten ha ønsket et slikt møte?

Med tiden vil vi lære, jeg håper bare at vi i også fremtiden vil klare å sette mennesket i fokus og ikke bare vitenskapen.

6.0 Litteratur

Beauchamp, Tom L og James F. Childress (2009) *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press. S. 1 – 25, 99 – 140, 288 – 324

Bondevik, Margareth (2006) *Tverrfaglig geriatri- en innføring*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Braastad, Kristine og Vidar Kårikstad, Arne Mæhlum og Dag Jacobsen (2007) *Tilrettelegger for en verdig død*. I: Tidsskriftet Sykepleien nr 9/2007. (www.sykepleien.no)

Brinchmann, Berit Støre (2005) *Etikk i sykepleien*. Gyldendal norsk forlag AS 2005.

Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, Knut (2000) *Urunde hjul – alders psykiatri i praksis*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Halvorsen Grethe Salicath (2004) *Mellom autonomi og avhengighet*. Hovedfagsoppgave i praktisk kunnskap. Senter for praktisk kunnskap Profesjonshøgskolen. Høgskolen i Bodø. S 43 - 57

HOD - Helse- og omsorgsdepartementet (2003) *Forskrift kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*.

HOD - Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om helsepersonell*.

HOD - Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om pasientrettigheter*.

Helsetilsynet (2005) *Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004*.

Kristoffersen, Noortvedt, Skaug (2005) *Grunnleggende sykepleie 4*. Gyldendal Norsk Forlag.

Lingås, Lars Gunnar (2000) *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag. AS. S 106 – 165,

Malmedal, Wenche (1999) *Sykehjemets skyggesider – Når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep*. Kommuneforlaget AS, Oslo.

Markussen, Kristin (2004) *Lesing og vurdering av forskningsartikler*. I: Tidsskriftet Sykepleien nr 6/2004. (www.sykepleien.no)

Martinsen, Kari (1991) *Omsorg sykepleie og medisin*. Kari Martinsen og TANO A.S. 1989. S. 14 – 80

Martinsen, Kari (2000) *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. S. 9 – 40

Martinsen, Kari (2003) *Fenomenologi og omsorg*. Universitetsforlaget. S 86 – 119

Steensen, Steen (2006) *Beboerne – en dokumentar om livet på Lille Tøyen sykehjem*.
Spartacus Forlag 2006 S. 28 – 44, 143 – 166, 183 – 200, 221 – 249

Verdikommisjonen (2001) *Verdier ved livets slutt*. Verdikommisjonens styringsgruppe. S 11 –
21, 29 – 33, 49 – 65, 240 – 245

<http://www.livstestament.org> – Foreningen retten til en verdig død