



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for helse- og idrettsfag
4 BACH

Karoline Nilssen og Ida Lien Vindvik
Veileder: Wenke Moldjord

”Tror du jeg kommer til å dø?”

”Do you think I am going to die?”



Antall ord: 12372

BASY2010
2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er hovedsakelig et litteraturstudie, og tittelen er ”Tror du jeg kommer til å dø?”. Den handler om hvordan etiske perspektiver kan hjelpe sykepleiere med å besvare vanskelige spørsmål vi kan møte på i hverdagen. Vi valgte å skrive hovedoppgaven vår innenfor etikk, da vi mener det er svært sentralt for sykepleiere å ha kunnskap om emnet for at våre handlinger skal være etisk forsvarlig. Med utgangspunkt i et case er problemstillingen følgende: Hvordan kan sykepleieren besvare pasienten på en tilfredsstillende måte i lys av etiske perspektiv? Oppgaven drøfter tre valgte svaralternativer opp mot problemstillingen for å finne ut hvordan vi bør svare pasienten. Vi konkluderer med det svaralternativet vi mener er mest etisk forsvarlig, til tross for at det ikke finnes et fasitsvar på etiske dilemmaer.

BØNN FRA EN PASIENT

Kjære dere hvitkledde!

*Dere har
så skrekkelig
stor makt.*

*Dere har posisjoner og
profesjoner. Det innebærer
muligheter.*

*Kjære dere, ikke
tråkk på meg,
tråkk inn til meg.*

Livet mitt er i deres hender.

*Jeg er
ikke bare
et nummer, et navn, et kasus.*

*Jeg er
et helt menneske
med påtrengende tanker og
følelser i full forvirring.*

*Det er vanskelig
å være syk.*

*Det er vondt å vente og vente
og vente
på beskjeder og telefoner,
datoer og innkallinger,
inngrep og resultat.*

Kjære dere hvitkledde!

*Dere
kan være engler.
Ta spørsmålene mine på alvor,
Stå for mer fremdrift.
Snakk med øynene mine.*

Det gjelder livet mitt!

Waale, 2008

Innhold

Innhold	4
1.0 Innledning	5
1.1 Case.....	6
1.2 Avgrensning	6
2.0 Metode	8
2.1 Litteraturstudie	8
2.2 Litteratursøk	9
2.3 Kildekritikk og etisk vurdering	10
3.0 Hva er etikk?	12
3.1 Hvorfor er dette et etisk dilemma?.....	12
3.2 Etisk refleksjonsmodell	13
4.0 Joyce Travelbee	15
5.0 Lover og yrkesetiske retningslinjer	17
6.0 Etiske perspektiv	20
6.2 Konsekvensetikk og nytteetikk	21
6.3 Nærhetsetikk	22
6.4 Dygdsetikk.....	22
6.5 Etiske prinsipper	23
7.0 Drøfting	24
7.1 Bekrefter at pasienten har en uhelbredelig sykdom	24
7.2 Uttrykker at pasienten ikke kommer til å dø av sykdommen ved å fortelle en løgn.....	25
7.3 Avleder pasienten ved å si: ”Er du redd for å dø?”	25
7.4 Pliktetikk	26
7.5 Konsekvens- og nytteetikk	28
7.6 Nærhetsetikk	32
7.7 Dygdsetikk.....	35
7.8 Oppsummering	38
8.0 Konklusjon	41
9.0 Avslutning	41
10.0 Litteraturliste	42
Vedlegg 1: Søkehistorikk	46
Vedlegg 2: PICO skjema	47

1.0 Innledning

Som tredje års sykepleierstudenter er vi kjent med at etiske utfordringer preger store deler av en sykepleiers hverdag. Vi har erfart i praksis at det ikke alltid er gitt tid og rom for refleksjon når vi står overfor etiske dilemmaer. Etikk er et emne vi som sykepleierstudenter brenner for, og ønsker derfor å belyse viktigheten av etisk refleksjon i hverdagen i vår bacheloroppgave. Hva gjør vi når pasienter stiller oss vanskelige spørsmål uanmeldt – spørsmål basert på deres eksistens som vi egentlig vet svaret på?

Vi har vært i flere situasjoner, hvor ulike verdier har stått i konflikt med hverandre. Hva gjør vi når ansvaret føles tyngende og det er vanskelig for oss å skille mellom rett og gal handling? Klarer vi å velge handlingsalternativer som er etisk akseptable? Slik vi ser det er alle mennesker ansvarlige for konsekvensene av egne handlinger. Derfor er det et viktig valg å foreta en riktig handling. Slettebø (2009) vektlegger at sykepleie handler om å stå i nye og vanskelige situasjoner hvor vi også må handle. Vi ønsker å styrke evnene våre til etisk refleksjon ved å jobbe med dette temaet i oppgaven, fordi vi mener det er svært sentralt at sykepleiere tenker nøye gjennom etiske perspektiver og prinsipper i forkant av møte med pasienter. På denne måten tror vi sykepleiere i større grad kan foreta riktig handling, slik at pasienten kan oppleve situasjonen på best mulig måte. Likevel har vi erfart at det ikke er alle situasjoner vi kan forberede oss på. Hvordan kan vi handle slik at det blir etisk riktig overfor pasienten? Hvilke valg skal vi foreta oss slik at pasienten får det godt?

1.1 Case

For å belyse temaet har vi valgt å ta utgangspunkt i følgende case:

En mann på 23 år har tidligere blitt diagnostisert med cancer og er innlagt på medisinsk avdeling på et sykehus. Han har gjennomgått langvarig behandling, men nylige prøvesvar tyder på at canceren er uhelbredelig. Denne informasjonen mottar jeg som primærsykepleier på previsitt, og legen sier han gjerne vil ta opp dette med pasienten ved et senere tidspunkt. Før pasienten blir informert, er jeg inne hos han for å gi han smertestillende. Pasienten er tydelig medtatt og har sterkt redusert allmenntilstand. Da spør han meg: ”Tror du jeg kommer til å dø?”.

Ut fra caset har vi valgt problemstillingen:

Hvordan kan sykepleieren besvare pasienten på en tilfredsstillende måte i lys av etiske perspektiv?

1.2 Avgrensning

Denne oppgaven vil ha hovedfokus på etikk og hvordan etiske perspektiver kan veilede oss som sykepleiere i hverdagen når vi står overfor vanskelig situasjoner. Kversøy (2013) beskriver etiske perspektiver som ”briller du kan ta på deg for å studere situasjoner du kommer opp i” (s. 33). Det vil si at perspektivene kan på forskjellig måte påvirke handlingsvalg en foretar seg. Vi skal ikke dvele med hvordan en kommuniserer med alvorlig syke pasienter, til tross for at dette er en sentral del av sykepleie. Som sykepleiere må vi ha kunnskap om krisereaksjoner, men dette vil ikke oppgaven vektlegge. Oppgaven vil heller ikke ta for seg diagnosen til pasienten. Det er mange etiske perspektiv oppgaven kan ta utgangspunkt i, men på grunn av begrensninger har vi valgt å ta for oss pliktetikk, konsekvens- og nytteetikk, nærhetsetikk og dygdsetikk. Vi vil ikke ta for oss de etiske prinsipper rettferdighet, velgjørenhet og ikke-skade-prinsippet, men vi vil ta hensyn til autonomi og paternalisme. Oppgaven vil ta hensyn til Norges lover, da vi som sykepleiere må forholde oss til disse. Vi vil tolke ulike svaralternativer i lys av Helsepersonelloven (2012) og Pasient- og brukerrettighetsloven. Vi vil forholde oss til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, da vi mener at det er en god veileder for å utøve god sykepleie. Oppgaven vil bli

besvart i ”vi”-form, da vi er to sykepleierstudenter som skriver oppgaven. Videre vil vi referere til oss som sykepleiere.

Oppgaven baserer seg på et case vi har konstruert. Her er sykepleieren pasientens primærsykepleier. I denne oppgaven betyr det at hun har hatt hovedansvaret for pasienten i perioden han har vært syk, og de har utviklet et tillitsforhold. Pasienten har fått informasjon om cancerdiagnosen tidligere og er klar over alvorlighetsgraden av sykdommen. Sykepleieren mottar informasjon om prognosen på previsitt. I oppgaven refererer ”previsitt” til møtet mellom sykepleier og lege hvor kartlegging og drøfting av tiltak for pasienten blir gjennomført i forkant av samtalen mellom lege og pasient. Vi vil kun forholde oss til situasjonen mellom pasient og sykepleier. Vi vil ikke ta hensyn til pårørende eller annet helsepersonell. Oppgaven vil heller ikke vektlegge oppfølgingsspørsmål som pasienten kan stille oss etter vi har besvart spørsmålet hans.

Oppgaven er bygget opp slik at vi først presenterer aktuelle lover vi vil vektlegge, yrkesetiske retningslinjer og teorien bak de ulike etiske perspektivene. Deretter vil vi drøfte svaralternativer ut fra dette. Vi har i hovedsak fire etiske teorier hvor svaralternativene vil bli drøftet. Vi er klar over at det er utallige måter å besvare dette spørsmålet, men vi har valgt følgende svaralternativ:

1. Bekrefter at pasienten har en uhelbredelig sykdom.
2. Uttrykker at pasienten ikke kommer til å dø av sykdommen ved å fortelle en løgn.
3. Avleder pasienten ved å si: ”Er du redd for å dø?”

Vi vil i oppgaven referere til ”pasienten” og da menes pasienten i caset. Dersom vi bruker den samme benevnelsen i eksempler fra praksis, vil vi klargjøre det på forhånd. Eksempler fra praksis er anonymisert i hensyn til Helsepersonelloven (2012) § 21, hovedregel om taushetsplikt.

2.0 Metode

Det er ulike måter å definere metode på. Dalland (2012) vektlegger at metode er et verktøy som skal fortelle oss hvordan vi går frem for å skaffe eller kontrollere kunnskap. Aubert (1985) definerer metode følgende:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (s. 196).

2.1 Litteraturstudie

Fra skolens side er det bestemt at oppgaven baseres på skriftlige kilder kombinert med praksiserfaringer. Dette kalles litteraturstudie (Dalland, 2012). Vi har i hovedsak benyttet pensumlitteratur fra etikkemnet, anbefalt litteratur, forskning og annen relevant litteratur for å løse problemstillingen. Vi har anvendt litteratur fra skolens bibliotek og fått god hjelp fra bibliotekarene.

Som sykepleierstudenter må forholde oss til Lov om helsepersonell (2012), hvor kapittel fem vektlegger taushetsplikt og opplysningsrett. Vi vil benytte oss av eksempler fra praksis. Disse eksemplene vil ikke inneholde navn, tid og sted, for å kunne ivareta taushetsplikt som vi har overfor pasienter vi har vært i kontakt med. Vi har også erfaring fra å være pårørende til kritisk syke pasienter. Vi tror at det å ha erfaring som pårørende vil styrke oss som sykepleiere og styrke vår evne til å vise empati. Derfor velger vi å trekke dette inn i oppgaven. Vi har valgt å benytte oss av et case for å belyse et konkret etisk dilemma som vi som sykepleiere kan stå overfor i hverdagen.

Litteraturstudie kan oppfattes som en subjektiv oppgave, da vi som forfattere har trukket ut litteratur og forskning vi mener er relevant. Det kan være forskning som avdekker andre sannheter om problemstillingen som vi ikke har tatt med i betraktningen. På en annen side er temaet allerede belyst og det finnes mye forskning på området. Det vil kunne styrke oppgaven, da flere forfattere og ulik forskning sier det samme (Dalland, 2012).

2.2 Litteratursøk

For å finne forskningsartikler har vi benyttet oss av diverse søkemotorer. Vi har brukt Ovid, Cinahl, PubMed, Google scholar, Bibsys og SveMed+. Vi har brukt ulike søkeord som: nurse and patient, ethics, autonomy, medical etics, nursing, arguments for, argruments against, truth-telling, terminal, illness, bad news, ethical behavior and decision making, canser and diagnosis. Da vi søkte utelukket vi ”dementia” og ”old age”, da vi ville forsøke å begrense søkeresultatene. Vi kombinerte disse på ulike måter for å finne frem til aktuelle artikler. Vi fikk mange treff på søkene, hvor mye av forskningen var sentral for oppgaven. Vi valgte ut noen av disse, men vi er klar over at det også finnes andre artikler som kan være like relevant for oppgaven. På grunn av ord- og tidsbegrensning kan vi ikke bruke all relevant forskning, men vi mener vi har valgt ut de artiklene som kan hjelpe oss å besvare problemstillingen best mulig. Vi har kritisk vurdert litteraturen og forskningen vi har valgt ut. For å finne frem til de vi mener er mest aktuelle, har vi vurdert de ut fra holdbarhet, gyldighet og relevans. Det vil si at vi har vurdert kildene ut fra hva slags type kilde det er, troverdighet og om det er relevant for å besvare vår problemstilling. Se vedlegg 1 for søkehistorikk.

Vi har benyttet oss av engelske søkeord, fordi vi ønsker hovedsakelig engelske artikler. Vi tror vi får flere relevante treff dersom vi søker på forskning som er utført ikke bare i Norden, men ellers i verden. Vi har valgt forskning som er utført i land som har stor likhet med norsk kultur. Det er fordi ulike land har ulik kultur, som medfører at spørsmål kan bli besvart forskjellig ut fra landets verdigrunnlag (Slettebø, 2009).

Forskningsartiklene vi har valgt å bruke er fra 2002 til 2013. Vi ville i utgangspunktet ha nyere forskning, og avgrenset først til at forskningen skulle være fra 2005 til 2013. Vi fant flere relevante artikler som er publisert i dette tidsrommet, men vi fant også noen som er eldre. Vi har valgt tre artikler som er fra 2002 til 2004. Vi har vurdert innholdet i forskningen til å ha oppfylt kravene til reliabilitet og validitet. Reliabilitet betyr pålitelighet og validitet refererer til relevans og gyldighet (Cozby, 2009; Dalland, 2012). Vi ønsket å finne artikler som følger IMRaD-prinsippet. IMRaD står for ”introduction”, ”methods”, ”results”, og (and) ”discussion” (Dalland, 2012). Likevel har vi også valgt artikler som ikke følger dette

prinsippet, men vi har da vurdert forskningen ut fra punktene vi tidligere har nevnt. Vi vil nå kort beskrive de forskningsartiklene vi har valgt.

Tuckets (2004) forskning handler om at det å fortelle sannheten og gi sensitiv informasjon kan bli sett på som et etisk problem. Forskningen hans går i hovedsak ut fra sykepleierens perspektiv, og belyser gode grunner for og i mot å si sannheten til pasienter ved sykdom.

Forskningen til O'Sullivan (2009) vektlegger etiske utfordringer som er aktuelle når en pasienten skal få informasjon om sykdommen sin og følgende prognose, og hvordan disse kan løses.

Fowler (2004) tar for seg en bestemt situasjon i sin forskning og evaluerer situasjonen i etterkant, hvor det vektlegges etiske prinsipper ut fra et sykepleieperspektiv. Hun stiller spørsmålet: Er det noen gang akseptabelt å lyve for en pasient?

Forskning utført av Georgaki, Kalaidopoulou, Liarmakopoulos og Mystakidou (2002) handler om sykepleieres holdninger mot å fortelle sannheten til pasienter med cancer. De vektlegger også om det er sykepleieren eller legen som bør ta ansvar for å gi pasienten informasjon om sin sykdom.

Hodkinson (2008) belager sin forskning på etikk med hovedfokus på dygdsetikk. Hun har forsket på hvordan sykepleiere bør møte pasienten når vedkommende skal få vite sannheten om sin diagnose.

2.3 Kildekritikk og etisk vurdering

Vi har i hovedsak benyttet oss av primærlitteratur. Det har ført til at noen av kildene våre er eldre enn det vi i utgangspunktet hadde tenkt. Likevel har vi vurdert kildene til å være pålitelige, og velger derfor å benytte disse. Ved bruk av sekundærlitteratur har vi tatt i betraktning at forfatteren kan ha oversatt og fortolket stoffet, slik at resultatet av den originale teksten kan ha blitt misoppfattet.

Da forskningsartiklene er skrevet på engelsk, kan det føre til mistolkninger forskningen. Dette kan regnes som en av fallgruvene. Vi mener vi behersker engelsk godt, men faglige uttrykk kan likevel misoppfattes. Dette kan føre til en misforståelse av fakta fra forskningen. Dette er vi klar over, og vil derfor bruke mye tid på å forsøke å forstå forskningen.

En annen svakhet er at vi ikke vet hvor anerkjente forfatterne er. Derfor har vi forsøkt å finne litteratur som støtter hverandre. Når flere kilder viser til det samme, øker sannsynligheten for at det vi leser er reliabelt (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim og Reinart (2012) vektlegger to overordnede spørsmål når en skal vurdere om forskning er relevant og pålitelig. Vi har benyttet oss av sjekklisten deres da vi vurderte artiklene.

3.0 Hva er etikk?

Tranøy (2005) vektlegger at moral og etikk er etikkens grunnbegreper. Moral brukes ofte om rett og galt i vår praktiske hverdag. Etikk anvendes ”om mer gjennomtenkte og systematiske moralske standpunkt” (s. 18).

Brinchmann (2010) skriver at etikk angår dagligdagse konflikter og sykepleierens holdninger og verdier blir satt i fokus. Hun hevder at sykepleiere møter på etiske utfordringer hele tiden, og det er ikke bare de dramatiske situasjonene som bør vektlegges.

Etiske dilemmaer innebærer at to eller flere handlingsalternativ står i konflikt med hverandre, slik at det ikke er åpenbart hva som er det riktige valget mellom disse. Det kan stå mellom to eller flere handlingsalternativ som er like ønskelige eller like lite ønskelige, men en må likevel velge én av disse (Brinchmann, 2010).

Eide og Eide (2012) definerer etisk dilemma som:

En situasjon hvor verdier vi er forpliktet av (som omsorg, rettferdighet, pasientautonomi, etc.), peker mot handlingsalternativer som innebærer at vi – uansett hva vi velger – kan komme til å krenke de samme verdiene eller andre etiske verdier vi også er forpliktet av (s. 118).

Det vil si at ved et etisk dilemma er det vanskelig å ivareta de ulike verdiene og ta hensyn til ens forpliktelser på en god måte (ibid.). I noen tilfeller avgjør lovverket, til tross for at dette kan stå i strid med etiske perspektiver eller ens personlige holdninger og verdier (Brinchmann, 2010).

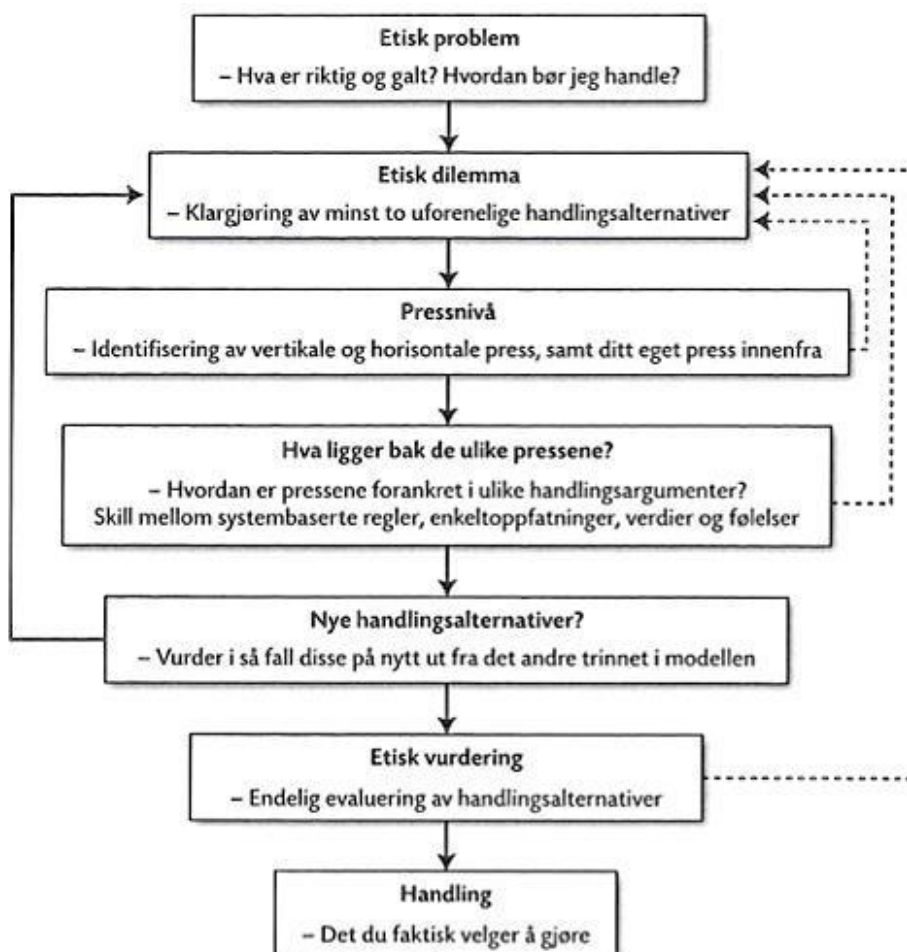
3.1 Hvorfor er dette et etisk dilemma?

Oppgaven belyser et etisk dilemma fordi slik vi ser det står flere verdier i konflikt. Vi har hovedsakelig tre handlingsalternativer. Vi kan velge å være ærlig mot pasienten og fortelle

han det vi vet om situasjonen. På en annen side kan vi velge å lyve. Et tredje alternativ er å avlede ved å stille pasienten et spørsmål tilbake, som for eksempel: ”Er du redd for å dø?”. Svaralternativene er like lite ønskelig, da vi på en side kan skremme pasienten ved å fortelle sannheten, eller bryte den opparbeidete tilliten mellom oss ved å lyve. Ved hjelp av ulike etiske perspektiver vil vi forsøke å komme frem til et handlingsalternativ som kan komme pasienten til gode. Likevel er vi klar over at dette kan være et mål som ikke er mulig å nå.

3.2 Etisk refleksjonsmodell

Det er utarbeidet flere ulike refleksjonsmodeller (Eide & Eide, 2010). Nordby (2012) presenterer en refleksjonsmodell som er teorinøytral, det vil si at de ikke tar spesielt hensyn til hva som er rett og galt i henhold til en bestemt teori. Den er som følgende:



Figur 1: Etisk refleksjonsmodell (Nordby, 2012, s. 48)

Målet for oss som sykepleiere kan være å lære oss denne modellen så godt at vi benytter oss av den ubevisst i praksissammenheng. Ved å huske hovedelementene kan det styrke ens egne etiske refleksjoner dersom en står overfor etiske dilemmaer i hverdagen. Vi er klar over at en neppe husker alle syv trinnene i en akutt situasjon, men ved å huske elementer kan en gi pasienten et bedre svar (Nordby, 2012). Videre i oppgaven vil vi bruke den etiske refleksjonsmodellen som et verktøy, for å hjelpe oss til å komme frem den beste løsningen på problemstillingen.

4.0 Joyce Travelbee

Sykepleieteorien til Travelbee baserer seg på sykepleierens mellommenneskelige aspekter (Travelbee, 1979). Hun vektlegger at for å kunne forstå hva sykepleie er må en ha forståelse for hvordan interaksjonen mellom sykepleier og pasient kan oppleves. For henne var det også sentralt at sykepleiere forsøkte å forstå hva konsekvensen av deres handlinger utgjør overfor pasienten og hans tilstand (ibid.).

Travelbee mener at ethvert menneske er et unikt individ og det kommer aldri til å leve, og det har aldri levd, et menneske som er likt. Derfor hevder hun at alle mennesker er uerstattelige. Ens erfaringer er individuelle, men en kan også ta lærdom av andre menneskers tidligere opplevelser og lærdom (Travelbee, 1979). Derfor vil vi videre i oppgaven legge vekt på praksiserfaring.

Kirkevold (1998) hevder at Travelbee går vekk fra generaliserte begreper, som sykepleier og pasient, da hun opplever at det kan skape en stereotypisk oppfatning av et menneske som ikke stemmer overens med det enestående individet. Stereotypi betyr at en har et generalisert inntrykk av en gruppe mennesker, som ikke nødvendigvis er korrekt (Myers, 2009). Travelbee vektlegger at en må se individet, ikke sykdommen, når en behandler eller er i kontakt med syke mennesker (Travelbee, 1979).

Travelbee (1979) hevder at kommunikasjon er avgjørende for å kunne forstå sykdommen og opplevelsen til pasienten. Hun hevder at en må kunne klare å tilpasse seg pasientens behov for hvordan samtalen skal utvikle seg i forhold til hvilket svaralternativ en velger. Hun sier dessuten at det ikke er en fasit på hva som er riktig å si i enhver situasjon, men dersom sykepleieren har nødvendig kunnskap og innsikt til å identifisere pasientens situasjon vil det kunne styrke samtalen (ibid.). Denne delen av teorien hennes vil ikke bli vektlagt, fordi oppgaven ikke har kommunikasjon som hovedfokus.

Vi har valgt å ta utgangspunkt Joyce Travelbees sykepleieteori, fordi vi tolker at i hennes teori er det sentralt at pasientens opplevelse kommer først og hun vektlegger i stor grad hvordan

pasienter opplever situasjonen. Vi opplever at hennes teori belyser empati, noe vi tror vil hjelpe oss med å løse problemstillingen. Vetlesen og Nordtvedt definerer empati som ”en grunnleggende følelsesmessig evne til å leve seg inn i en annens situasjon” (Brinchmann, 2010, s. 151). Ved hjelp av Travelbees teorier tror vi pasienten kan sitte igjen med en opplevelse av å bli sett og hørt som et enkelt individ, og at vi som sykepleiere kan fungere som støttespillere.

Ut fra Travelbees sykepleierteori, mener vi at vår problemstilling er sykepleieanliggende og svært aktuell. Vi har erfart at pasienter ofte tilnærmer seg oss når de sitter med spørsmål eller samtaleemner som de synes er vanskelig å ta opp. Flere ganger har det vært vanskelig å vite hva vi skal svare og hvorfor vi velger det svaralternativet.

5.0 Lover og yrkesetiske retningslinjer

Helsepersonelloven (2012) § 21 om taushetsplikt sier:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Helsepersonelloven (2012) § 22 handler om samtykke til å gi informasjon:

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Et forsikringselskap kan likevel ikke få adgang eller kjennskap til opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 annet ledd.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 16 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke av grunner som nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 annet ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

Ut fra helsepersonelloven (2012) § 22 kan en gi informasjon til den personen opplysningene gjelder uten å ta hensyn til taushetsplikt. Vi tolker derfor at lovverket ikke forhindrer oss i å videreformidle informasjonen vi har mottatt fra legen til pasienten selv.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) § 3-2 vektlegger at pasienter har rett til informasjon:

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.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv

eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Ut fra § 3-2 forstår vi at pasienten har krav på å få informasjon om seg selv og sin helsetilstand. Likevel kan en holde tilbake informasjon dersom en frykter at pasienten kan skade seg selv eller andre.

Norsk sykepleierforbund har formulert yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som er en videreføring av International Council of Nursing (ICN) sine etiske regler for sykepleiere. Det presiseres at retningslinjene hverken beskriver hva som er faglig forsvarlig sykepleie, gjengir norske lover eller gir konkret løsning på etiske dilemmaer. Retningslinjene skal fungere som veileder dersom en står overfor en vanskelig etisk utfordring (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Artikkel 1.7 lyder: ”sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner” (Norsk sykepleierforbund, 2007, s. 7). Vi tolker dette som at det ikke bare er praktiske oppgaver en selv ikke skal utføre dersom en ikke føler seg kompetent, men det er også aktuelt under samtaler. Vi tolker dette som dersom en velger å gå inn i vanskelige samtaler, må en ha kompetanse til takle pasientens tanker og følelser om emnet.

Artikkel 2.2 sier følgende: ”sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Slik vi tolker denne artikkelen vektlegges det at vi skal støtte pasienter i den situasjonen de befinner seg i, slik at de kan opprettholde eller gjenvinne håp, mestring og livsmot.

Artikkel 2.3 vektlegger at ”sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Vi tolker at vi som sykepleiere derfor plikter

til å ta vare på alle dimensjonene til pasienter vi kommer i kontakt med. Vi mener derfor at dette understreker viktigheten at sykepleiere tar seg tid til å snakke med mennesket bak sykdommen dersom personen har spørsmål eller behov for samtale.

Artikkel 2.6 ”sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger” (Norsk sykepleier forbund, 2011, s. 8). Vi forstår dette som at pasienten må kunne snakke med oss i fortrolighet og at vi ikke gir ut taushetsbelagte opplysninger til andre.

6.0 Etiske perspektiv

6.1 Pliktetikk

Pliktetikk vektlegger at det rette skal prioriteres over det gode. Et eksempel på et pliktetisk utsagn kan være: ”Du skal ikke lyve”. En ser bort fra konsekvenser og fokuserer kun på personen og handlingen. Dette motiveres ut fra indre og ytre plikter (Brown & Granberg, 2004). Indre plikter drives av menneskelig fornuft, ytre plikter drives av regler, religion og lovgivning (Brinchmann, 2010).

Prima facie betyr ”ved første betraktning”, og er en etisk plikt hvor en ser bort fra andre etiske hensyn i en konkret situasjon. ”Du skal alltid si sannheten” og ”du skal alltid holde det du har lovet” er eksempler på prima facie plikter. Dette vil oppgaven komme tilbake til i drøftingsdelen. Det handlingsalternativet en velger vil da bli den faktiske plikten en forholder seg til (Brinchmann, 2010).

Moralfilosofen Immanuel Kant mente at mennesker kan velge mellom ulike handlingsalternativer fritt og autonomt. Å være autonom betyr at en er selvlovgivende (Brown & Granberg, 2004). Han formulerte det han kalte det kategoriske imperativ. Det står som en absolutt plikt som skal gjelde i alle situasjoner for alle mennesker. Dette prinsippet har fem ulike formuleringer (Brown & Granberg, 2004). I denne oppgaven vil vi vektlegge universalformuleringen og humanitetsformuleringen.

Brinchmann (2010) definerer universalformuleringen som følgende: ”Handle alltid slik at regelen eller maksimen for din handling kan gjøres til en allmenn lov” (s. 59). Maksime betyr handlingsregel (Brown & Granberg, 2004). Slik vi tolker dette betyr at det at handlingsalternativet en velger skal kunne gjøres til en allmenn regel, slik at alle mennesker i enhver situasjon skal kunne velge det samme alternativet. For eksempel dersom vi velger å lyve til pasienten, vil vi i følge universalformuleringen gå god for at alle mennesker kan lyve overfor hverandre. Kant er primært opptatt av hva som motiverer handlingen og hvilken handlingsregel som er grunnlaget, og legger ikke stor vekt på selve handlingen. Det er

handlingsregelen som avgjør om en handling er god eller dårlig (ibid.).

Humanitetsformuleringen kan defineres slik: ”Handle slik at du alltid behandler menneskeheten, så vel i din egen person som i enhver annen person, ikke bare som et middel, men som et mål i seg selv” (Brinchmann, 2010, s. 60). Kant mener at det ikke er moralsk forsvarlig å bruke andre mennesker eller en selv som bare et middel (ibid.). Et eksempel på dette kan være at vi som sykepleiere velger et handlingsalternativ med fokus bare på en selv uten at pasienten får noe ut av situasjonen. Da vil pasienten bare være et middel, slik at vi når våre mål. Et slikt grunnlag for valg av handling kan ikke forsvares ut fra hvordan vi forstår humanitetsformuleringen.

6.2 Konsekvensetikk og nytteetikk

Konsekvensetikk vektlegger mål og handling. Dersom resultatene av en handling er forventet god blir den rettferdiggjort. Gode konsekvenser kan for eksempel være lyst, lykke eller nytte (Brinchmann, 2010).

En form for konsekvensetikk er nytteetikk (utilitarisme). Her bedømmer en konsekvensen ut fra hvilken nytte den gir. Det rette handlingsalternativet er det som gir mest mulig nytte til flest mulig (Brinchmann, 2010). Det er også det handlingsalternativet som resulterer i minst mulig ulykke som regnes som det beste, da ikke alle etiske dilemmaer kan resultere i lykke. Det er ikke bare egen lykke som avgjør, men alle berørte parters lykke (Brown & Granberg, 2004). Motsetningen til nytteetikk er sinnelagetikk. Der vektlegges intensjonen til den som handler. Det vil si at handlingen regnes som moralsk god, dersom sinnelaget er godt (ibid.).

Filosofen John Stuart Mill var sentralt innen nytteetikk. Han mente at det er den handlingen som fører til mest lykke som er den riktige, dersom handlingen kan gjøres til en allmenn regel eller samsvarer med gjeldene regler. Dette kalles regelutilitarisme. Han var dessuten opptatt av at de reglene som skulle gjelde, ble valgt fordi de fører til gode konsekvenser (Brinchmann, 2010). Hvordan er det mulig å måle nytte? Bentham var også en filosof som vektla nytteetikk, og han mente at mennesker primært velger handlingsalternativer som oppnår lykke eller nytte,

og unngår ulykke. Han formulerte en lystkalkyle, hvor for eksempel verdier som intensitet, sikkerhet, usikkerhet og varighet var sentrale.

6.3 Nærhetsetikk

Brinchmann (2010) skiver at nærhetsetikk fokuserer på det konkrete samspillet mellom to mennesker. Det kan brukes for å forklare ens holdninger og væremåte. Det er jeg-du forholdet som er i sentrum. Det betyr at en skal se det andre mennesket som en er i kontakt med som ”du”, ikke som en ting. Følelsene til personer som deltar i samtalen skal vektlegges.

Nærhetsetikken hevder at dersom en er klar over dette, kan en forstå de faglige og moralske verdier som står på spill. En vil ikke kunne forstå den andres situasjon dersom en ikke er oppmerksom for deres følelser og opplevelse av situasjonen (ibid).

Brinchmann (2010) beskriver Knud Ejler Løgstrups skildring av nærhetsetikk. Etikken hans er beregnet på alle mennesker. Han vektlegger at alle mennesker står overfor en etisk utfordring når de får et annet menneskes liv lagt i deres ”hånd”. Det finnes ingen regel på hvordan en skal handle i ulike situasjoner, fordi enhver situasjon er unik. Likevel bør hovedfokus i alle situasjoner være hva som er best for våre medmennesker. Løgstrups teorier har godt fotfeste hos sykepleiere, da han fokuserer på at mennesker blir mer sårbare dersom de blir syke (ibid.). Det er viktig at pasienter utvikler tillit til sykepleiere, og at vi imøtekommer personen på en god måte, slik at tilliten og åpenheten opprettholdes. Han vektlegger hvor viktig det er at vi som sykepleiere er klar over hvor mye av pasientens liv vi har i våre hender når de møter oss med tillit, og det er vårt ansvar å vise at vi er til å stole på (ibid).

6.4 Dygdsetikk

I denne oppgaven har vi valgt å bruke ordet ”dygdsetikk” fremfor ”dydsetikk”, da dyd kan tolkes som å motstå fra synd ut fra den kristne tradisjon, som for eksempel å ikke lyve. ”Dygd” er på en annen side relatert til det å fungere slik en skal (Brown & Granberg, 2004).

Dygdsetikken dreier seg om at en klarer å handle moralsk godt ut fra ens personlige egenskaper. Aristoteles regnes som en av de viktigste tenkerne innen for dygdsetikk. Her er

fokuset på de ulike karakteregenskapene som skal til for å bli et godt menneske. Brown og Granberg (2004) hevder at Aristoteles ”argumenterer for at en handling, holdning eller norm er riktig fordi den fremmer menneskelig lykke” (s. 209). Det betyr at i følge dygdsetikken skal en velge det handlingsalternativet som kan føre til økt menneskelig lykke. Med lykke mener han at menneskers mål er å vise og utvikle sine evner og talenter i størst mulig grad, og bli den personen en streber etter å bli (Brown & Granberg, 2004). Dette kan sammenlignes med det som i dag kalles ”livskvalitet”, nemlig ens subjektive opplevelse av positive og negative sider ved ens hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Aristoteles hevder videre at en innehar de ulike dygdene, dersom en velger rett handling ut fra rett holdning og rett følelse. Eksempler på dette kan være sjenerøsitet, barmhjertighet og mot. Han mener at dygdene utgjør en gyllen middelvei mellom ytterpunkter. Dersom det faller en naturlig å velge dette alternativet, innehar en denne dygden (Brown & Granberg, 2004).

6.5 Etske prinsipper

Autonomi betyr selvbestemmelse (autonomi, s.a.), og det vil si at det er pasientens rettighet å være med på å påvirke beslutninger som har innvirkning på egen helse (Brinchmann, 2010). I oppgaven betyr paternalisme at helsepersonell handler ut fra det de tror er best for pasienten uten at pasienten har medbestemmelse (ibid.).

7.0 Drøfting

Vi vil i det følgende drøfte de tre svaralternativene i lys av de fire etiske perspektivene som oppgaven tidligere har beskrevet. Etiske perspektiver kan fungere som retningslinjer når vi skal foreta et handlingsvalg der flere handlingsalternativ står i konflikt med hverandre.

Dessuten kan etiske perspektiv fungere som et verktøy når vi skal klargjøre handlingsalternativ og belyse hvorfor et handlingsalternativ er bedre enn et annet (Slettebø, 2009). Før drøftingen vil vi presentere svaralternativene, og gi en kort forklaring på hvorfor vi mener dette er reelle svaralternativer. Vi vil drøfte med hensyn til problemstillingen som er:

Hvordan kan sykepleieren besvare pasienten på en tilfredsstillende måte i lys av etiske perspektiv?

7.1 Bekrefter at pasienten har en uhelbredelig sykdom.

Det er viktig å merke seg at selv om flere prøvesvar tyder på at en pasient kommer til å dø, vet en aldri helt sikkert at det kommer til å skje (Mekki, 2007). Vi kommer alle til å dø, men det er ikke sikkert at pasienten dør på grunn av cancerdiagnosen sin, til tross for at prøvesvarene tyder på dette. I praksissammenheng har vi opplevd at all behandling til en pasient ble avsluttet., og det var fokus på smertelindring. Likevel ble pasienten bedre, og det ble på nytt startet opp med kurativ behandling. Pasienten var alvorlig syk, men han døde ikke. Dersom vi velger å informere pasienten om prøvesvarene, er det meget sentralt at vi ordlegger oss forsiktig og tilpasser informasjonen vi gir. Oppgaven kommer ikke til å gå inn på hva som kan lønne seg å si for å ivareta pasienten og hans reaksjoner på best mulig måte, men vurdere om vi burde si sannheten eller ikke.

7.2 Uttrykker at pasienten ikke kommer til å dø av sykdommen ved å fortelle en løgn

Pasienter har uttrykt at de ofte har tillit til sykepleiere. Det er oss de blir kjent med fordi vi befinner oss på avdelingen med pasientene i større grad enn annet helsepersonell (Fowler, 2004). Det er viktig for oss at vi klarer å opprettholde tilliten pasienten har opparbeidet til oss. Dersom vi velger å lyve til pasienten betyr ikke det at pasienten ikke kommer til å få informasjon om prognosen sin. Vi vil ikke holde tilbake informasjon, fordi pasienten har rett på informasjon om sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2012). I praksis har vi erfart at sykepleiere ofte lyver til pasientene av ulik alvorlighetsgrad. Forskning utført av Georgaki, Kalaidopoulou, Liarmakopoulos og Mystakidou (2002) viser at 83,78 % av sykepleiere ikke forteller sannheten dersom pasienten har en dødelig prognose og at 58,10 % synes at det kun er legen som skal fortelle sannheten. Slik vi forstår det, er det flere sykepleiere som velger å lyve overfor pasientene sine fremfor å fortelle sannheten.

Her er svaralternativet å lyve til pasienten ved å muntlig uttrykke at han ikke kommer til å dø av sykdommen, ved å for eksempel si: ”Nei, du kommer ikke til å dø av cancersykdommen”.

7.3 Avleder pasienten ved å si: ”Er du redd for å dø?”

Vi velger avledning som et svaralternativ, fordi vi mener dette kan åpne for dialog mellom pasient og sykepleier. Denne samtalen kan være sentral for pasienten, slik at pasienten får mulighet til å snakke i fortrolighet med en sykepleier om tanker og følelser. Det er mange måter å avlede pasienter på, men vi har valgt: ”Er du redd for å dø?”. Grunnen er at det er et åpent spørsmål hvor pasienten har mulighet til å uttrykke seg, men han kan også avslå samtalen dersom han ikke er klar for å snakke om det. Ved avledning har vi mulighet til å endre fokuset fra spørsmålet om han kommer til å dø, til hans tanker om livet, døden og andre eksistensielle spørsmål han kan sitte inne med. Med eksistensielle spørsmål mener vi her spørsmål med fokus på det å eksistere (Eksistensiell, s.a.).

7.4 Pliktetikk

I hverdagen er det mange plikter vi som sykepleiere skal forholde oss til. Flere av de har vi fått høre gjennom hele oppveksten, som for eksempel ”du skal ikke lyve” og ”du skal alltid holde det du har lovet”. Det fører til at vi har opparbeidet oss det som pliktetikken kaller indre plikter og de er med på å styre oss som individer i ulike retninger når vi skal foreta ulike valg (Brinchmann, 2010). En indre plikt for oss kan være at en ikke skal lyve. Dersom dette er en personlig plikt vil vi være ærlig mot pasienten uavhengig av hvordan vi tror og forventer at pasienten skal reagere på det vi sier.

Brinchmann (2010) skriver at hvis en kommer i en situasjon hvor en blir nødt til å lyve for å bevare en hemmelighet vil plikten ”du skal alltid holde det du har lovet” triumfere over ”du skal alltid si sannheten”. Det er dette som er prima facie plikter (ibid.). Med andre ord kan vi i dette tilfellet lyve til pasienten. Likevel er det viktig at en selv vurderer hva som er viktigst for seg selv. Som sykepleier kan en regnes som pasientens advokat (Leppånen, 2011), og derfor mener vi det er sentralt at vi fungerer som en god støttespiller for pasienten og har pasienten i hovedfokus. Samtidig har legen sagt at han ønsker å informere pasienten selv, så dersom vi velger å si sannheten kan det føre til at vi føler oss illojale. Gjennom praksis har vi erfart hvor viktig det er med et godt samarbeid med annet helsepersonell. Derfor er det svært viktig at vi opprettholder et tillitsforhold oss i mellom.

I følge pliktetikk må vi velge det handlingsalternativet vi mener vi kan gjøre til en allmenn regel – universalformuleringen (Brinchmann, 2010). Dersom vi velger å være ærlig mot pasienten og si sannheten om prognosen, vil vi ut fra pliktetikken mene at en skal være ærlig i alle andre situasjoner. Slik vi oppfatter det, kan det være både fordeler og ulemper ved dette. I noen tilfeller kan en være fristet til å lyve for pasienter for å skåne de, men et sentralt spørsmål en da kan stille seg er – skåner en pasienten eller seg selv? Dersom vi velger å lyve for pasienten må vi også kunne mene at der er lov til å lyve i andre situasjoner.

Universalformuleringen vektlegger at det ikke avhenger av situasjonene en er oppe i, men det faktum at en forteller sannheten eller en løgn uavhengig av konsekvensen. Likevel er det vanskelig å se for seg et samfunn hvor det er greit å lyve overfor hverandre (Kversøy, 2013).

Et annet alternativ er å avlede pasienten ved å for eksempel svare: ”Er du redd for å dø?”. Da

gir vi han et svar hvor vi hverken bekrefter at han har blitt mye dårligere eller lyver om helsetilstanden hans. Vi kan da gi han muligheten til å stille en rekke spørsmål rundt døden, og han kan forsøke å finne ut hva han selv tenker om det å dø, uavhengig om han kommer til å dø av kreftsykdommen eller ikke. Slik vi ser det kan dette være en fordel å snakke om før legen kommer for å informere om prøvesvarene. Da kan han få muligheten til å reflektere over en rekke eksistensielle spørsmål om livet og døden før han får informasjonen om prognosen hans. Vi tolker dette som i overensstemmelse med universalformuleringen fordi vi mener at en lignende besvarelse på spørsmål kan gjøres til en handlingsregel.

Dersom vi velger å si sannheten til pasienten fordi vi mener at det er til pasientens beste, er det i tråd med humanitetsformuleringen. Det er fordi vi vil bruke pasienten både som et middel og et mål i seg selv. På en annen side kan vi fortelle pasienten sannheten kun for vår egen del, slik at vi får opprettholdt vår indre plikt om å alltid fortelle sannheten. Da vil vi bruke pasienten bare som et middel. Slik vi tolker det vil det ikke stemme overens med humanitetsformuleringen, og derfor ikke være et godt alternativ. Her vil bakgrunnen for hvorfor en forteller sannheten spille en vesentlig rolle (Tucket, 2004). Slik vi ser det er det også i tråd med humanitetsformuleringen dersom en avleder fordi en ikke ønsker å hverken si sannheten eller lyve til pasienten. Pasienten vil både være et middel og et mål, da han får muligheten til å snakke om hva han tenker om døden. Hensikten vår vil da være at pasienten får satt i gang en tankeprosess som kan være sentral for han, slik at han kan tenke på hva han ønsker å utrette før han dør (Fowler, 2004).

Motivet for å lyve kan være at en ikke ønsker å skremme pasienten og ta i fra han håpet om å overleve sykdommen. Dersom dette er grunnlaget for det handlingsalternativet en velger, så tolker vi at det er greit å lyve overfor pasienten. På en annen side kan vi velge å lyve for pasienten fordi vi ikke vil gå inn på temaet. Grunnene til dette kan være mange, blant annet at noen sykepleiere kan føle at dette ikke er vårt ansvarsområde. Da vil motivasjonen bak handlingen ikke ha pasienten i fokus, og vi tolker dermed det som et dårlig handlingsalternativ i følge pliktetikken. En må alltid vurdere bakgrunnen for handlingen og mindre grad vurdere selve handlingen (Brinchmann, 2010).

Tranøy (2005) hevder at hvis du som helsepersonell tar hensyn til pasientens beste og vurderer at det å skåne pasienten mot sannheten er moralsk riktig, kan du om nødvendig fortelle en

”hvit” løgn. Med ”hvit” løgn mener vi her et utsagn som ikke er sant men likevel ikke tar sikte på å skade noen andre (Hvit løgn, s.a.) Det kan for eksempel bety at vi kan si at vi ikke har fått informasjon om prognosen, men at legen vil ta det opp med han dersom det er forandring. Her forteller vi ikke sannheten om hva vi har fått vite om prognosen, men vi sier heller ikke at han kommer til å overleve, samtidig som at vi holder løftet vårt til legen. Likevel kan en spørre seg om det er riktig å fortelle pasienter en ”hvit” løgn. Vi kan gjøre dette i beste mening overfor pasienten, men her kan vi spørre oss – kan vi vurdere hva som egentlig er til pasientens beste? Dette kan minne om en paternalistisk holdning (Brinchmann, 2010), noe vi ikke ønsker å utøve overfor pasienten. Vi vil gi pasienten muligheten til å påvirke sin egen behandling, da dette er i tråd med Pasient- og brukerrettighetsloven (2012). Vi mener at vi gir pasienten en større tyngde før han tar en eventuell beslutning senere, hvis han på forhånd har tenkt over spørsmål han har rundt det å dø. Da har han både mulighet til å vurdere all informasjonen han får, tilbud om videre behandling samtidig som at han er klar over hva han selv ønsker med livet sitt. Det kan hende han har tenkt over liknende spørsmål tidligere, men vår praksiserfaring tilsier at for noen kan det være til stor hjelp å snakke med en sykepleier om dette.

Flere religioner og livssyn har ulike versjoner av den samme reglen, som kan kalles den gylne regel. I kristendommen lyder den som følgende: ”Dere skal gjøre mot andre alt det gode dere vil at andre skal gjøre mot dere” (Lingås, 2008, s. 27). Dersom vi ønsker at andre mennesker skal være ærlige mot oss, så skal vi også være ærlige mot de. Slik vi tolker den gylne regel må vi derfor være ærlige mot pasienten, fordi vi vil at andre skal være ærlige mot oss. På en annen side kan vi se for oss at vi hadde satt pris på å snakke med andre mennesker om våre spørsmål rundt livet og døden, og dermed kan vi også avlede utfra den gylne regel. Det er også sentralt at vi ikke ønsker at andre skal lyve overfor oss, og derfor anser vi løgn som et dårlig alternativ.

7.5 Konsekvens- og nytteetikk

Det er flere konsekvenser en kan se for seg dersom en velger å fortelle pasienten sannheten om prognosen. I praksissammenheng har vi erfart at pasientene setter pris på ærlighet og at det kan føre til økt tillit. Vi har også opplevd at pasienter har blitt irritert på oss da vi har kommet

med et bestemt budskap. Her kan en se for seg at det er forårsaket av at pasientene blir redde for hva som kommer til å skje, og de lar det gå utover oss fordi vi som sykepleiere er i nærheten (Cullberg, 2007). Dersom vi velger å lyve overfor pasienten, kan det føre til et svekket forhold mellom pasienten og sykepleieren, da han senere får motsigende informasjon av legen enn det vi uttrykte for han tidligere. Vi vet ikke med sikkerhet om tilliten til oss blir svekket, men personlige erfaringer tilsier dette. Vi ønsker at han skal stole på oss, og derfor ut fra konsekvensetikken kan vi ikke lyve. Dersom vi velger å ikke si sannheten, gir vi legen mulighet til å fortelle pasienten om prøvesvarene. Som helsepersonell er vi avhengig av et nært samarbeid, og tillit til hverandre spiller en vesentlig rolle (Fry & Johnstone, 2008). Hvis vi velger å informere om sannheten til pasienten, kan en tenke seg at vi svekker tilliten legen har til oss. Likevel vektlegger de yrkesetiske retningslinjene at det er sykepleierens oppgave å bygge opp under pasientens håp (Norsk sykepleierforbund, 2011). Derfor mener vi at dette ikke gir oss rett til å lyve, fordi vi kan gi pasienten et falskt håp. På en annen side kan vi avlede. Da vil vi hverken direkte svekke tilliten pasienten eller legen har til oss. Vi kan stille han spørsmålet ”Er du redd for å dø?”, som kan føre til at han får mulighet til å fortelle oss hva han har på hjertet, dersom han har noen tanker og følelser som kan virke skremmende for han. Som sykepleierstudenter har vi erfart at vi kan snakke med pasienter om spørsmål rundt livet og døden, men dersom pasienten har spørsmål om videre behandling, må vi be han henvende seg til legen. Samtidig får legen mulighet til å informere selv. Vi kan også informere legen om at pasienten har en rekke spørsmål, slik at legen tar seg god tid til en samtale.

Dersom vi velger å fortelle sannheten til pasienten kan en se for seg at dette fører til at pasienten opplever autonomi. Vi mener respekt er svært sentralt for det mellommenneskelige forholdet mellom pasienten og oss. Slik vi ser det viser vi pasienten respekt ved å svare ærlig på de spørsmålene han har om sin egen helsetilstand og at vi viser forståelse for at han vil vite hva som kommer til å skje med han. Travelbee hevder at sykepleiere må ha evnen til å tilpasse seg pasienten, slik at de får den informasjonen de har krav på, når de forutsetninger til å takle informasjonen (Travelbee, 1979). Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) § 3-2 vektlegger at pasienter har krav på informasjon om sin helsetilstand. Dermed kan ikke vi unnlate å fortelle han sannheten. Dersom vi velger å lyve må vi være sikre på at pasienten får den informasjonen han har krav på av annet helsepersonell senere.

Det er vanskelig å se for seg hvordan pasienter reagerer på alvorlige nyheter (Fowler, 2004; Kirkevold, 1998). Selv om en mener at en kjenner pasienten kan en aldri forutsi en reaksjon (Cullberg, 2007). Dersom vi velger å avlede pasienten, kan vi bli møtt av irritasjon og fortvilelse fordi vi ikke besvarer spørsmålet pasienten stilte. Vi har møtt en pasient som reagerte slik da vi forsøkte å benytte oss av denne metoden under en samtale. Responsen til pasienten var: ”Du svarer ikke på det jeg spør om”. Her måtte vi finne et annet handlingsalternativ for å tilfredsstille pasienten på best mulig måte. På en annen side har vi også hatt gode erfaringer ved å benytte oss av avledning. Vi har erfart at flere pasienter har behov for å prate om sykdommen sin uavhengig av prognose. Vi har også benyttet oss av denne metoden med pasienter som ikke har vært alvorlige syke. Vi mener at avledning ikke bare kan brukes i de tilfellene hvor pasienten er alvorlig syk. Friske pasienter kan også ha behov for å snakke om spørsmål de sitter med om for eksempel liv og død, og hva som skjer med de etterlatte etter de dør. I flere av tilfellene har pasienter i etterkant av samtalen takket oss for en god samtale, og uttrykt at de har satt pris på å snakke med oss. Slik vi ser det kan avledning dessuten gi pasienten en mulighet til å fokusere på noe annet enn sykdommen i det tidsrommet vi snakker sammen. Dersom vi forventer en slik respons fra pasienten i casen, vil det utfra konsekvensetikk være riktig å velge dette handlingsalternativet. Dersom vi forventer at pasienten kommer til å være takknemlig for at vi forteller sannheten fordi han virkelig ønsker et ærlig svar, er det riktig ut fra konsekvensetikken at vi forteller han sannheten (Brinchmann, 2010).

Tucket (2004) vektlegger i sin forskning en rekke konsekvenser dersom en velger å fortelle en pasient sannheten om diagnosen sin. Dersom en velger å si sannheten kan det føre til at pasienten får en forverret psykisk tilstand da en tung beskjed kan fremkalle depresjon, utmattelse, smerte og håpløshet (ibid.). Vi ønsker ikke at pasienten skal oppleve dette, og derfor kan vi ønske å lyve for å forhindre at pasientens psykiske tilstand forverrer seg. Her kan intensjonen til å lyve være god og derfor være i overensstemmelse med sinnelagsetikken (Brinchmann, 2010). Likevel er det viktig å merke seg at pasienten kan få lignende psykisk reaksjon dersom han får den samme informasjonen på et annet tidspunkt. Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) § 3-2 legger vekt på at en kan unnlate å gi informasjon dersom pasienten står i fare for å skade seg selv eller andre. Dette må vi vurdere dersom vi velger å fortelle pasienten sannheten. Slik vi tolker det må konsekvensene av en konkret handling vurderes hver gang. Derfor kan ikke vi mene at det å lyve alltid er galt. Pasienten kan også få

en reaksjon hvor han tenker ”hvorfør meg?”. Travelbee hevder at dette er en vanlig reaksjon til sykdom (Kirkevold, 1998).

Kan sannheten føre til lykke for de involverte i situasjonen? Slik vi ser det kan ikke svaralternativene føre til lykke, men at et alternativ kan føre til mindre ulykke enn et annet. Derfor vil lykke referere til et resultat som fører til minst mulig skade eller ulykke for de berørte. En kan vurdere at det å fortelle pasienten sannheten kan føre til lykke, fordi pasienten kan oppleve at han har kontroll over situasjonen sin. Han kan da anse seg selv som autonom, og får dermed muligheten til å snakke med sine nærmeste og finne ut hva han føler om situasjonen han er i (Fowler, 2004). I praksissammenheng har vi erfart at terminale pasienter ofte vil tilbringe den siste tiden sammen med familie eller andre mennesker de har et nært forhold til. Dersom vi ikke er ærlige mot pasienten om hans alvorlige prognose er det ikke sikkert at han får tilbringe den siste tiden med mennesker han er glad i, fordi han ikke skjønner alvoret i situasjonen sin. Dette avhenger av når legen mener det er riktig å snakke med pasienten. Dersom vi velger å ikke si noe til pasienten, kan pasienten fortsette å tro at han kan bli frisk fra cancer sykdommen. Det kan føre til midlertidig lykke, da han senere vil få motsigende informasjonen. Vi har møtt pasienter i praksis som har holdt fast ved informasjon de har fått, og ikke tatt til seg ny informasjon ved endret sykdomstilstand. Derfor kan se for seg at pasienten ikke forstår alvoret i situasjonen, dersom vi først forteller han at han kommer til å bli frisk, for så å få informasjon som tyder på det motsatte senere.

Det er likevel ikke alle pasienter som ønsker å overleve sykdommen. I praksis har vi møtt pasienter som hadde gjennomgått et langt sykdomsforløp som uttrykte at de var slitne og ikke orket mer behandling. De sa at de hadde levd livet og at det var greit at de kom til å dø. Vi vet ikke hva pasienten i casen tenker om temaet, men en kan se for seg at en mann på 23 år ikke føler seg ferdig med livet. Dette er vanskelig for oss å vurdere, da vi har møtt pasienter i situasjoner med en alvorlig sykdom – både somatisk og psykiske lidelser – hvor noen ønsker å leve og andre ønsker å dø. Resultatet av samtalene ble ikke alltid slik vi forventet, og vi hadde ikke forberedt oss på hvilke tanker og følelser pasienten satt inne med. En måte å få et innblikk i hva pasienten i casen tenker om dette er å konfrontere han med spørsmålet: ”Er du redd for å dø?”. Det er kun ved å spørre han vi får svar, da følelser er en subjektiv opplevelse (Eide & Eide, 2012) og selv om vi tidligere har møtt pasienter med en bestemt oppfatning av livet, så kan han sitte med en helt annen. Vi kan ikke ta enkelthendelser for så å generalisere

til andre tilfeller, da enkelthendelser ikke er representativt (Cozby, 2009).

Nytteetikk vektlegger at det handlingsalternativet som gir mest mulig lykke til flest mulig. Det betyr at også at handlingsalternativet bør gi lykke til oss som sykepleiere. En kan godt se for seg at det fører til mer lykke for oss dersom vi forteller sannheten, fordi for mange av oss sykepleiere er ærlighet et fundamentalt prinsipp (Fowler, 2004). Det vil gjøre noe med oss når vi bevisst velger å lyve for pasienten, da ærlighet er en sentral verdi. Derfor vil det ikke føre til lykke hvis vi velger å lyve. På en annen side kan vi skremme pasienten dersom vi er ærlige med han. Pasienten kan bli redd og miste håpet om at han klarer å komme seg gjennom dette (Fowler, 2004). Selv om prøvesvarene tydelig viser at behandlingen ikke fungerer kan dette likevel endre seg og pasienten kan overleve sykdommen. Derfor mener vi at det er sentralt å ikke ta i fra pasienten håpet om at han kommer til å overvinne sykdommen.

7.6 Nærhetsetikk

For å forholde oss til nærhetsetikken må en vurdere følelsene til alle de berørte i situasjonen (Brinchmann, 2010). Vi ønsker det handlingsalternativet som er best for pasienten og oss selv. Likevel mener vi at er det vanskelig for oss alene å vurdere hva som er riktig for pasienten. Selv om en har blitt godt kjent med et annet menneske kan en aldri vite helt sikkert hvordan personen vil reagere på en bestemt beskjed. Dersom vi velger å lyve til pasienten og han oppdager det kan det såre han og svekke tilliten han har opparbeidet til helsepersonell. Det er likevel ikke gitt at pasienten reagerer med for eksempel sinne eller skuffelse dersom han oppdager at vi har løyet for han. Vi ønsker å opprettholde tilliten pasienten har opparbeidet til oss, slik at han føler han kan stole på oss og får høre sannheten når han stiller oss spørsmål. Dette er viktig så han kan oppleve at vi har et likeverdig forhold (Brinchmann, 2010). Travelbee (1979) mener at det mellommenneskelige forholdet er en svært sentral del av sykepleie, og derfor er dette veldig viktig å opprettholde. Derfor mener vi det er sentralt at han får et ærlig svar på spørsmålet han stiller oss, da vi tror løgn kan svekke forholdet pasienten har til oss.

For å kunne avgjøre om vi bør si sannheten må vi, i følge nærhetsetikken, vektlegge pasientens følelser og hvordan vi tror pasienten opplever situasjonen (Brinchmann, 2010). Vi

tolker dermed at vi må vurdere hvordan vi opplever pasientens sinnsstemning før vi bestemmer oss for hva vi kan si. Slik vi ser det er det umulig for oss å vite hva pasienten tenker og føler, men ved å benytte oss av verbal og non-verbal kommunikasjon kan vi få et inntrykk av hvordan pasienten har det. Verbal kommunikasjon er basert på ord, og non-verbal kommunikasjon er basert på tegn og signaler (Eide & Eide, 2012). Dessuten mener vi at vi må tenke over vår egen utstråling og hvordan vi er i møte med pasienten, slik at vi kan møte pasienten der pasienten er. Søren Kierkegaard sa: ” For å hjelpe en annen, må du møte den andre der den andre er” (Vetlesen, 2001). Dette mener vi er en av de viktigste måtene vi praktiserer empati på.

Dersom vi ønsker å avlede pasienten, kan vi benytte oss av et åpent spørsmål. En slik tilnærming åpner for ”utforskning, beskrivelser og forklaringer, og gir rom for den andre til å snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser” (ibid., s. 276). Da kan vi gi pasienten mulighet til å bli kjent med sine egne følelser. Følelser er en subjektiv opplevelse, og det er umulig for oss å sette oss helt inn i andre sine tanker og følelser (Brinchmann, 2010). Likevel ved å forsøke å benytte oss av våre empatiske evner, kan vi få et visst innblikk i hvordan pasienten har det og hva han kan tenke seg å høre. Det er også viktig at vi ikke identifiserer oss som én person sammen med pasienten. Altså er det viktig at vi anser oss selv som to individer. Dette kalles overdreven empati og det kan føre til situasjoner der en selv og egne følelser blir i fokus, og pasienten får mindre oppmerksomhet enn behovet hans tilsier at han trenger (ibid.). Slik vi forstår det kan dette føre til at det blir vanskelig for sykepleieren å hjelpe pasienten fordi sykepleieren føler at hun selv blir rammet av sykdommen. Gjennom sykepleierutdanningen vår har det vært stort fokus på empati, og vi mener vi har hatt en personlig utvikling gjennom ulike praksiserfaringer og refleksjon. Vi føler vi har utviklet oss og forbedret våre empatiske evner. For oss er det vesentlig at vi forsøker å se for oss hvordan pasienten har det, og om han klarer å takle informasjonen vi kommer med. Det er sykepleierens oppgave å støtte opp under pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011), og vi mener det også gjelder behov for samtale og forståelse. Ut fra casen har vi som primærsykepleier jobbet med pasienten over en lang tidsperiode og blitt godt kjent med han. Derfor mener vi at vi har en forutsetning for å kunne forsøke å se for oss hva han tenker. Vi ønsker å velge det handlingsalternativet som vi tror er best for pasienten samtidig som vi unngår å utøve en paternalistisk holdning. Vi ønsker ikke å utøve en paternalistisk holdning overfor pasienten, fordi vi mener at det er svært viktig at pasienter får

ha en deltakelse i behandlingen sin og oppleve empowerment. Empowerment er at en oppnår innvirkning på egen helsesituasjon (Mæland, 2005). Dersom pasienten ikke får den informasjonen han trenger, er det ikke sikkert at han tar det riktige valget dersom han for eksempel får valget mellom videre behandling (Fowler, 2004). En form for paternalisme er svak paternalisme, hvor det blir akseptert at pasienters autonomi blir redusert dersom det er betingelser som er knyttet til alder, sterke smerter eller kunnskap (Hofmann, 2002).

Vi mener det er viktig å se hvordan situasjonen er i det øyeblikket pasienten spør. I praksis har vi erfart at humøret til pasienter endrer seg i løpet av dagen, og at det er lurt at vi tilpasser informasjonen vi gir etter hvordan vi oppfatter pasientens sinnstilstand. Derfor mener vi det er viktig at en kontinuerlig må vurdere hvordan pasienten har det og om vi tror han kan takle informasjonen vi sitter inne med i det øyeblikket vi starter en eventuell samtale. Dessuten mener vi at det spiller en vesentlig rolle hvordan miljøet rundt pasienten her. Vi mener det er optimalt at enhver pasient får eget rom, har vi erfart i praksis at dette ikke er tilfelle. Dersom vi velger å si sannheten til pasienten, synes ikke vi at samtalen bør finne sted med andre pasienter tilstede. Vi tror pasienten som mottar disse nyhetene kan bli skremt og det er vanskelig for oss å se for oss hvordan pasienten kommer til å reagere. Han kan ta i mot informasjonen med fatning, men han kan også få en kraftig krisereaksjon (Cullberg, 2007). Vi synes ikke det er riktig at vi skal utsette pasienten for lignende reaksjon foran andre mennesker. Dessuten må vi forholde oss til taushetsplikt, hvor Helsepersonelloven (2012) § 21 vektlegger at taushetsbelagte opplysninger vi tilegner oss som helsepersonell ikke skal komme ut til andre. Det betyr at dersom pasienten deler rom med andre pasienter må vi ta hensyn til at det er særlig under samtaler med helsepersonell at taushetsbelagte forhold blir omtalt og at det er en risiko for at andre pasienter kan overhøre informasjonen. Sykepleiere skal verne om pasientens rett til at fortrolige opplysninger ikke blir delt med andre (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette må vi ta stilling til dersom vi vil fortelle sannheten. En løsning kan være at vi spør om pasienten har behov for en samtale på enerom uten å avsløre om pasienten kommer til å dø av sykdommen eller ikke, eller be de han deler rom med å forlate rommet under samtalen. Dette er også sentralt dersom vi ønsker å avlede med spørsmålet: ”Er du redd for å dø?”. Dette spørsmålet kan føre til en åpen samtale mellom sykepleier og pasient, og det er ikke gitt at pasienten tør å være ærlig dersom han føler han har publikum blant andre nysgjerrige pasienter (Helsedirektoratet, 2010). I praksis har vi erfart flere ganger at pasienter deler personlige opplysninger med hverandre, men likevel gir ikke

det oss muligheten til å anta at pasienter ikke har noe i mot at personlige opplysninger blir overhørt av andre (ibid).

Løgn er ofte forbundet med noe negativ, men en kan se for seg situasjoner der det er flere fordeler enn ulemper ved å lyve. En av oss har personlig erfaring med å være nærmeste pårørende til en kritisk syk mann. Han ble hasteoperert, da han blant annet ble rammet av nekrotiserende fasciitt og multiorgansvikt. Han ble akutt syk, og har lite hukommelse fra de siste dagene før operasjonen. Da han ble klargjort for operasjon sa en sykepleier: ”Ja ja, vi vet jo ikke helt hvordan dette kommer til å gå”. Dette er det eneste han husker fra det korte sykdomsforløpet, før han ble lagt i koma i over to uker. Vi mener at i dette tilfellet burde sykepleieren ha ordlagt seg annerledes ved å fortelle en ”hvit” løgn til den syke og pårørende for å opprettholde håpet og ikke skremme de berørte. Sykepleieren kunne for eksempel ha sagt: ”Vi skal gjøre det beste vi kan”. Dette har den syke også uttrykt i ettertid, da han husker veldig godt at han ble skremt av hva som ble sagt. Håp kan være en sentral faktor for overlevelse (Fowler, 2004), og i dette tilfellet mistet den syke og familien mye av dette. Både fordi helsepersonell viste usikkerhet og de berørte var allerede svært sårbare. Vi tror at det hadde vært lettere for de berørte å håndtere situasjonen dersom de hadde fått en annen beskjed, til tross for at legen var ærlig om risikoene ved operasjonen. Her mener vi at pasienten og pårørende sine følelser ikke ble vektlagt av helsepersonellet, og derfor kan utsagnet sykepleieren forkastes ut fra nærhetsetikken. Nærhetsetikken vektlegger at en må benytte egne erfaringer i møte med pasienter, da en på denne måten lettere kan knytte relasjoner (Nordby, 2012). Derfor mener vi det er sentralt å vektlegge personlige erfaringer ved for eksempel å være pårørende, være syk selv eller være i kontakt med syke mennesker som helsepersonell.

7.7 Dygdsetikk

Dygdsetikken fokuserer på utviklingen av karakter og hvordan et menneske bør og ikke bør være (Mazur, 1993). Slik vi ser det er det vanskelig å vurdere moralen til en hver individuell handling utfra dygdsetikken. Dette er fordi alle har ulike personlige egenskaper, og derfor vil vi ha ulikt utgangspunkt for handlingene vi foretar oss.

For oss er det å være ærlig en viktig personlig egenskap, og vi mener dermed det er viktig vi er ærlige mot andre mennesker og oss selv. I og med at dette er en egenskap vi mener vi har, bør vi derfor være ærlige mot pasienten (Brown & Granberg, 2004). Vi mener dette er i overensstemmelse med dygdsetikkens prinsipper, fordi vi velger et handlingsalternativ ut fra våre personlige egenskaper. På en annen side vil vi respektere legens ønske om å informere selv, så vi kan ikke utelukkende si sannheten til pasienten uten at det påvirker en annen egenskap vi har, nemlig pålitelighet.

Det kan være flere motiver dersom en velger å lyve til pasienten, blant annet at en kan ønske å skåne pasienten for sannheten. Noen sykepleiere kan velge å ikke si sannheten fordi de selv ikke ønsker å være den som formidler budskapet. For noen kan det være lettere å si ”Nei, du kommer ikke til å dø” enn å svare ærlig, og gå inn på den vanskelige samtalen med pasienten (Fowler, 2005). I psykiatripraksis lærte vi at vi ikke skulle gå inn på temaer vi selv ikke følte vi kom til å takle. Grunnen til dette var at når vi først åpnet for samtale og fikk et godt forhold til pasienten mente veilederen at vi måtte kunne stå der og støtte pasienten når han eller hun uttrykte sine egne følelser og tanker, uten å la våre egne emosjonelle følelser ta overhånd. Yrkesetiske retningslinjer artikkel 1.7 vektlegger også at det er sentralt at sykepleiere kjenner til sine egne grenser og spør om veiledning i situasjoner en opplever som vanskelig (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dersom vi ikke føler oss kompetente til å foreta denne samtalen med pasienten bør vi derfor enten forhøre oss med andre sykepleiere eller la en annen ta samtalen med pasienten.

Et annet motiv kan være at noen legger større vekt på å opprettholde tillit til arbeidskollegaer enn det å være ærlig. I dette tilfellet vil ærlighet og pålitelighet komme i konflikt fordi vi tvinges til å velge mellom disse dygdene. Her vil ens personlige egenskaper avgjøre hva en velger, og for noen kan det rettferdiggjøre å lyve for pasienten. En kan mene at det fører til økt menneskelig lykke, da dette kan forhindre at pasienten blir redd og kan miste håpet for å overleve sykdommen. På en annen side kan vi også velge å avlede. Da vil vi hverken lyve overfor pasienten eller svekke vår pålitelighet og dermed opprettholde begge karakteregenskapene. Dessuten spiller personlige erfaringer en stor rolle kombinert med fagkunnskap (Henriksen & Vetlesen, 2006). En kan ha opplevd tidligere at pasienter har reagert svært tungt på lignende budskap og ønsker derfor ikke å utsette flere for dette. Dermed

kan en ønske å skåne pasienten hvor begrunnelsen er at det fører til mer menneskelig lykke. Både fordi pasienten ikke mister håpet om å overleve og vi som sykepleiere kan opprettholde løftet til en arbeidskollega.

Vi mener at det å ha en evne til å snakke med andre mennesker om sykdom og deres sykdomsopplevelse er sentralt for oss som sykepleiere, og at det er en dygd vi bør inneha. Travelbee regner dette som grunnlaget for god sykepleiere (Eide & Eide, 2012). På denne måten kan vi som sykepleiere gi pasienten en mulighet til å mestre sykdommen, da en samtale om dette kan føre til at pasienten finner ut av sin holdning til egen lidelse. Travelbee vektlegger i stor grad ens egne holdninger til sykdommen, og at det har en innvirkning på hvor effektivt en mestrer sykdommen (ibid.). Selv opplever vi at våre personlige erfaringer både som pårørende og pasient spiller en vesentlig rolle om hvordan vi utøver sykepleie. Vi har erfaringer på hvordan vi ønsker å bli behandlet, og vi mener at dette kan styrke oss som sykepleiere når vi møter pasienter i en sårbar situasjon.

I utgangspunktet faller det oss naturlig å være ærlige. Likevel er det situasjonsavhengig hvilken egenskap vi setter først dersom ærlighet kommer i konflikt med pålitelighet. Slik vi ser det er det ikke mulig å i forkant avgjøre hvilke av disse to egenskapene en forholder seg til, da enhver situasjon er unik. Likevel har vi som sykepleiere pasientens beste i fokus (Johannessen, Molven & Roalkvam, 2007). En kan godt se for seg at en velger det handlingsalternativet en tror pasienten ønsker, nemlig å få et ærlig svar på spørsmålet han stiller. Likevel kan pasienter ønske et ærlig svar, samtidig som mange frykter svaret dersom de ikke får det svaret de ønsker. Noen pasienter stiller en rekke spørsmål uten å faktisk vite hva de egentlig spør om (Hodkinson, 2008). Pasienten kan ha forventet et svar som innebar at han kom til å overleve sykdommen, og derfor bli sint når vi forteller at prøvene tyder på det motsatte. Forskning utført av Glass og Cluxton viser at de fleste pasientene ønsker sannheten om sykdommen og prognosen sin til tross for at det kan være dårlige nyheter (O'Sullivan, 2009). For noen kan det å få sannheten virke befriende (ibid.). I praksis har vi erfart at de pasientene som opplever oss som ærlige har større tiltro til oss på et senere tidspunkt, og at det ofte er oss de kontakter dersom de har spørsmål. Vi ønsker å etablere et tillitsforhold med pasientene vi treffer, og derfor er dette svært sentralt for oss.

Dersom vi frykter at pasienten stiller dette spørsmålet uten å vite hva han egentlig spør om kan vi stille han et spørsmål tilbake. Vi mener dette støttes ut fra dygdsetikken, fordi vi besvarer spørsmålet utfra at vi ikke ønsker å gå inn på et tema vi tror han ikke er klar for å snakke om, altså svak paternalisme. Slik vi tolker det kan dette føre til økt menneskelig lykke, fordi pasienten får mulighet til å reflektere rundt livet og døden. Dersom han likevel ønsker å vite om han kommer til å dø, får han muligheten til å stille spørsmålet igjen. Det vil da være i etterkant av en samtale om temaet, og vi mener derfor at dersom han stiller spørsmålet på nytt, så har han et større grunnlag og dermed er det større sannsynlighet for at han vet hva han spør om.

Slik vi tolker dygdsetikken vektlegges ens egenskaper mer enn konsekvensene av handlingen eller hvordan vi tror pasienten kommer til å reagere på de dårlige nyhetene. Dersom en sykepleier mener at det i dette tilfellet er det best å lyve til pasienten forstår vi det som at det er opp til sykepleieren å bestemme. Det avhenger altså av hennes verdigrunnlag og dygder. I hovedsak støtter ikke dygdsetikken løgn da dette kan anses som umoralsk. Likevel er enhver situasjon unik og en må derfor vurdere hver situasjon for seg selv, og spørre seg selv – vil løgnen føre meg mot den ideelle personen jeg streber etter å bli?

7.8 Oppsummering

I løpet av skriveperioden har vi brukt mye tid på å reflektere rundt problemstillingen: ”Hvordan kan sykepleieren besvare pasienten på en tilfredsstillende måte i lys av etiske perspektiver?”. Etter grundig drøfting i lys av av pliktetikkk, konsekvens- og nytteetikkk, nærhetsetikk og dygdsetikk har vi funnet ut at det er flere ulike svaralternativ som kan være aktuelle og som kan både forsvares og forkastes ut fra de etiske perspektivene vi har tatt stilling til. Når vi står overfor etiske dilemmaer finnes det ikke et fasitsvar (Johannessen, Molven, Roalkvam, 2007; Kversøy, 2013), og derfor er det ikke en bestemt fasit vi er ute etter nå. Likevel har vi drøftet de tre ulike svaralternativene opp mot de fire etiske perspektivene, og nå skal vi velge det svaralternativet vi mener er best i denne situasjonen.

Vi har tatt hensyn til Helsepersonelloven (2012) §21 og § 22 samt Pasient- og brukerrettighetsloven (2012) § 3-2, fordi vi som sykepleiere plikter å forholde oss til disse.

Slik vi ser det kan vi ikke vurdere handlingsalternativ uten å ta hensyn til Norges lover, da juridiske spørsmål ofte spiller en fremtredende rolle når etiske problemstillinger skal vurderes (Fry & Johnstone, 2008). Slik vi tolker lovene er de ikke et hinder for å hverken være ærlig eller lyve for pasientene. Det vektlegges at pasienter har krav på informasjon ut fra lovverket. Dersom vi velger å lyve overfor pasienten i casen må han likevel få informasjonen på et senere tidspunkt. Slik vi har tolket yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011) fremmer de at vi som sykepleiere skal støtte pasienten dersom vi føler oss kompetente til å ta samtalen med han.

Uansett hvilke svaralternativ vi velger mener vi at det er sentralt at vi videreformidler at pasienten har stilt oss spørsmålet ”tror du jeg kommer til å dø?” og hvordan vi besvarte det. Vi vil ikke avsløre sensitiv informasjon pasienten har gitt oss i fortrolighet, med mindre pasienten ønsker at samarbeidene helsepersonell skal bli informert. Dersom vi informerer pasienten om prognosen er det likevel viktig at samarbeide helsepersonell vet hva vi har fortalt han. Vi synes det er sentralt at pasienten blir godt ivaretatt i etterkant av en slik samtale, spesielt hvis vi velger å si sannheten eller avlede. Dessuten kan det være en fordel dersom legen får vite på forhånd hvilke spørsmål pasienten har slik at han får forberedt seg på disse.

Vi mener at det å fortelle sannheten er en god løsning fordi pasienten fortjener svar på det han spør om. Det kan i stor grad støttes ut fra de etiske perspektiv, samtidig som at pasienten kan få en opplevelse av å bli sett, hørt og respektert. Vi er enige med Travelbee sin teori om at gjensidig respekt er svært viktig i en relasjon mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1979) og derfor synes vi det er sentralt å vektlegge dette. Vi tror dessuten at legen vil i større grad legge vekt på at pasienten fikk en mulighet til en åpen samtale om sykdommen sin, enn at legen selv ikke fikk informere pasienten først.

Dersom vi aktivt velger å lyve overfor pasienten mener vi at det fremmer en paternalistisk holdning. Vi anser oss selv som ærlige mennesker, og vi ønsker ikke at andre mennesker skal lyve overfor oss. Løgn kan i noen tilfeller forsvares, men sjeldent ut fra etiske perspektiv. Vi mener at i dette tilfellet bør en ikke velge dette svaralternativet. Det er ikke gitt at pasienten legger vekt på at han har blitt løyet til eller at han i det hele tatt oppdager at vi har vært uærlige. Likevel mener vi at det ikke gir oss rett til å lyve. Vi har blant annet en indre plikt og

en dygd som tilsier at vi ikke er mennesker som lyver, og derfor passer ikke dette handlingsalternativet for oss, til tross for at vi har erfaring som tyder på det motsatte. Både forskning (Georgaki, Kalaidopoulou, Liarmakopoulos & Mystakidou, 2002) og observasjoner i praksis tilsier at flere sykepleiere lyver fremfor å fortelle sannheten ved alvorlige diagnoser og prognoser. Flere mener at dette er utenfor sykepleierens ansvarsområde (ibid.).

8.0 Konklusjon

I denne situasjonen mener vi at det mest tilfredsstillende svaralternativet både for pasienten og oss som sykepleiere er avledning ved å stille spørsmålet: ”Er du redd for å dø?”. Slik vi ser det vil vi kunne åpne for muligheten til at pasienten får snakket om eventuelle spørsmål og tanker han sitter inne med, og det kan gi oss muligheten til å få et inntrykk av hvordan vi bør formidle nyhetene senere. Dessuten kan en godt se for seg at dette svaralternativet hverken svekker tilliten legen har til oss eller tilliten pasienten har til oss. Slik vi har tolket pliktetikk, konsekvens- og nytteetikk, nærhetsetikk og dygdsetikk har ingen av de forkastet dette svaralternativet, og vi har funnet flere gode etiske grunner for å kunne benytte oss av avledning.

9.0 Avslutning

Ved å jobbe med bacheloroppgaven har vi satt spørsmålstegn ved oss selv, hvordan vi er og hvordan vi ønsker å være. Vi har reflektert rundt problemstillingen, og vi mener vi har utviklet oss som ikke bare sykepleiere, men også som medmennesker. Vi mener at oppgaven har motivert oss til bedre holdninger og gitt oss et sterkt etisk grunnlag for å kunne foreta et valg mellom ulike handlingsalternativer i lys av etiske perspektiver. Den etiske refleksjonsmodellen har vært et nyttig verktøy for å komme frem til det vi mener er det mest tilfredsstillende svaralternativet. Vi brenner for at ulike etiske dilemmaer vi møter på i hverdagen skal belyses og at etisk refleksjon blir en enda større del av oss som sykepleiere. Vi gleder oss til å ta fatt på utfordringene i arbeidslivet som autoriserte sykepleiere og vi håper at oppgaven inspirerer til videre etisk refleksjon.

Kan vi som sykepleiere alltid vite hva som er til pasientens ”beste”?

10.0 Litteraturliste

* Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Lokalisert på:
<http://www.nb.no/nbsok/nb/3d7019afc9845853d87eaa84620921f6.nbdigital;jsessionid=4E6673CD804B870EF777656B4803E852.nbdigital2?lang=en>

* Autonomi. (s.a.). Store norske leksikon. Lokalisert på http://snl.no/.sml_artikkel/autonomi
Nedlastet 24. januar 2013

Brinchmann, B. S. (Red.). (2010). *Etikk i sykepleien*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

* Brown, E. & Granberg, A. (2004). *Hva er et menneske? En innføring i filosofiske spørsmål om menneskets natur og dets forhold til resten av virkeligheten*. Bergen: Fagbokforlaget

* Cozby, P. C. (2009). *Methods in behavioral research*. New York: McGraw-Hill Higher Education

Cullberg, J. (2007). *Mennekser i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjon: samhandling, konfliktløsning og etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

* Eksistensiell. (s.a.). Store norske leksikon. Lokalisert på: <http://snl.no/eksistensiell>

* Fowler, E. (2004). *Is it ever acceptable to lie to a patient*. Lokalisert på:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=554258bc-e4ee-4b75-909f-09c3d4533b1f%40sessionmgr104&vid=12&hid=105>

* Fry, S. T., & Johnstone, M.-J. (2008). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making*. (3. Utg.). London: Blackwell Publishing

* Georgaki, S., Kalaidopoulou, O., Liarmakopoulos, I. & Mystakidou, K. (2002). *Nurses attitudes toward truthful communication with patients with cancer: A greek study*. Lokalisert på: http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=LOECPDJKGNHFMNMEFNOKBFEGDNHJAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3F%26TOC%3DS.sh.1446_1361270491_18.1446_1361270491_30.1446_1361270491_34.1446_1361270491_36.1446_1361270491_40.1446_1361270491_44%257c6%257c50%26FORMAT%3Dtoc%26FIELDS%3Dtoc%26S%3DLOECPDJKGNHFMNMEFNOKBFEGDNHJAA00&directlink=http%3A%2F%2Fgraphics.uk.ovid.com%2Fovftpdfs%2FPDHFFNEGBFMEGN00%2Ffs046%2Fovft%2Flive%2Fgv023%2F00002820%2F00002820-200212000-

00006.pdf&filename=Nurses%27+Attitudes+Toward+Truthful+Communication+With+Patients+With+Cancer%3A+A+Greek+Study.&link_from=S.sh.1446_1361270491_18.1446_1361270491_30.1446_1361270491_34.1446_1361270491_36.1446_1361270491_40.1446_1361270491_44%7C6&pdf_key=B&pdf_index=S.sh.1446_1361270491_18.1446_1361270491_30.1446_1361270491_34.1446_1361270491_36.1446_1361270491_40.1446_1361270491_44

* Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 1999:2.). Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?id=141460>

* Helsedirektoratet. (2010, juni). *Helsepersonells taushetsplikt: Vern av pasientens integritet I helsepersonells samtaler med pasienten*. (Rundskriv IS-6/2010). Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-taushetsplikt-vern-av-pasientens-integritet-i-helsepersonells-samtaler-med-pasienten/Publikasjoner/helsepersonells-taushetsplikt-.pdf>

* Helsepersonelloven, LOV-2012-06-22-47. § 21; § 22. (2012). Lokalisert på: <http://www.lovdatab.no>

* Henriksen, O., & Vetlesen, A. (2006). *Nærhet og distance*. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Hvit løgn. (s.a.). *Det store norske leksikon*. Lokalisert på: http://snl.no/hvit_logn

* Hodgkinson, K. (2008). *How should a nurse approach truth-telling? A virtue ethics perspective*. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=92da4e65-02a5-4005-8df0-63337dfdd292%40sessionmgr104&vid=5&hid=127>

* Hofmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Sykepleien*, 90(17), 39-44. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121242/pasientautonomi-som-etisk-rettesnor-en-kritisk-gjennomgang>

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag

* Johannessen, K. I., Molven, O., & Roalkvam, S. (2007). *Godt, rett, rettferdig: Etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe

* Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

* Kversøy, K. S. (2013). *Etikk – en praktisk vinkling*. (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget

* Leppånen, M. (2011). Trenger vi egne rom for samtaler? *Sykepleien*, 2-2011, 18-21. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/721010/Trenger%20vi%20egne%20rom%20for%20samtaler.pdf>

* Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfar*. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Mazur, T. C. (1993). *Lying*. Lokalisert på:

<http://www.scu.edu/ethics/publications/iie/v6n1/lying.html>

Mekki, T. E. (Red.). (2007). *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe

* Myers, D. G. (2009). *Exploring social psychology*. (5. utg.). New York: McGraw-Hill Companies

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

* Nordby, H. (2012). *Etiske dilemmaer i helse- og omsorgsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademiske

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleier forbund. Lokalisert på:

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

* O'Sullivan, E. (2009). Withholding truth from patients. *Art & science*, 23(48), 35-40.

Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ebad7dd0-9a6b-45e6-81e4-cbb15595bd4d%40sessionmgr115&vid=5&hid=103>

* Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2012-12-14-86. § 3-2. (2012). Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no>

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Tranøy, K. E. (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

* Travelbee, J. (1979). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company

* Tucket, A. G. (2004). *Truth-telling in Clinical practice and the arguments for and against*.

Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=554258bc-e4ee-4b75-909f-09c3d4533b1f%40sessionmgr104&vid=5&hid=105>

* Vetlesen, A. J. (2001). *Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet*. Tidsskrift for Den norske legeförening. Lokalisert på:

<http://tidsskriftet.no/article/304059> *

* Waale, R. B. (2008). *Ikke sykmeldt fra livet*. Oslo: Akribe

Det som er markert med * (stjerne) er selvvalgt litteratur og forskning.

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord og nøkkelord (and, or, not)	Begrensning	Type søk	Antall treff	Motiv til eksklusjon av artikler	Valgt artikkel
09.01.2013	Cinahl	Nurse and patient AND ethics	Engelsk tekst 2005-2013	Fulltekst	541	For mange treff til å få oversikt	0
09.01.2013	PuBMed	Autonomy AND medical ethics AND nurse-patient relations	Engelsk tekst 2005-2013	Fulltekst	6	Gir ikke svar på problemstilling	1
09.01.2013	Cinahl	Autonomy AND ethics AND nursing AND arguments for AND arguments against AND truth telling	Engelsk tekst	Fulltekst	2		2
09.01.2013	Cinahl	Ethic AND nursing AND terminal OR illnes NOT dementia NOT old age	Engelsk tekst 2005-2013	Fulltekst	1	Gir ikke svar på problemstilling	0
09.01.2013	Cinahl	Ethic AND nursing AND terminal OR illnes NOT dementia NOT old age AND truth telling	Engelsk tekst 2005-2013	Fulltekst	0	Ingen treff	0
15.01.2013	Cinahl	Bad news AND truth telling AND ethics	Engelsk tekst 2005-2013	Fulltekst	0	Ingen treff	0
15.01.2013	Cinahl	Ethical behavior and decision making AND nursing AND truth telling	Engelsk tekst 2000-2012	Fulltekst	10	Gir ikke svar på problemstilling	2
15.01.2013	Cinahl	Cancer AND truth telling AND ethics	Engelsk tekst 2005-2013	Fulltekst	8	Gir ikke svar på problemstilling	2
15.01.2013	Ovid	Cancer AND truth telling AND nurses AND diagnosis	Engelsk tekst 2002-2013	Fulltekst	4	Gir ikke svar på problemstilling	1
15.01.2013	Ovid	Truth telling	Engelsk tekst 2010-2013 All journals	Fulltekst	493	Gir ikke svar på problemstilling	1

Vedlegg 2: PICO skjema

<p>Skriv spørsmålene dine her. Husk å være så presis i formuleringen som du klarer.</p>	<p>Hvordan kan sykepleieren besvare pasienten på en tilfredsstillende måte i lys av etiske perspektiv?</p>	
<p>P: Pasient/problem</p>	<p>Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?</p>	<p>Ung mann med cancerdiagnose.</p>
<p>I: Intervention</p>	<p>Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?</p>	<p>Fortelle sannheten, lyve eller avlede ved sykdom. Etiske perspektiv</p>
<p>C: Comparison</p>	<p>Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).</p>	<p>Sammenligne svaralternativ i lys av etiske perspektiv.</p>
<p>O: Outcome</p>	<p>Hvilke endepunkter/ utfall er du interessert i?</p>	<p>Finne ut om svaralternativene kan forsvares eller forkastes ut fra etiske perspektiv.</p>