



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Kamilla Bekkeseth og Stine Heimdal
Veileder: Anne H. With

HLR minus i sykehjem?

DNAR in nursing homes?

Antall ord: 11 791

BASYK 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

*Å si at sykepleie rett og slett er det som sykepleiere gjør, er å si at
å elske rett og slett er det som hjørerester gjør. Akkurat som å
elske, er sykepleie en svært sammensatt aktivitet - en aktivitet i
hodet, hjertet, kroppen, ja i hele mennesket; det som medfører
engasjement og personlig investering og et forhold til den annen
part, som er rettet mot dennes ve og vel.*

Virginia Henderson

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	5
1.1. Valg av tema.....	5
1.1.1. Begrunnelse ut ifra pasientperspektiv	6
1.1.2. Begrunnelse ut ifra sykepleierperspektiv	6
1.2. Problemstilling	6
1.3. Case	6
1.4. Avgrensning	7
1.5. Oppbygning	7
1.6. Begrepsavklaring.....	7
2. METODEDEDEL.....	8
2.1. Beskrivelse av metode.....	8
2.2. Validitet og reliabilitet.	8
2.3. Kildekritikk	9
2.4. Fremgangsmåte for litteratursøk.....	10
2.5. Anonymisering	11
3. TEORIDEL.....	12
3.1.Hjerte- og lungeredning (HLR)	12
3.1.1. BHLR	12
3.2. HLR minus med retningslinjer.	12
3.3. Eldre menneskers helse	15
3.3.1. Alderdom.....	15
3.3.2. Rehabilitering	15
3.3.3. Livskvalitet.....	15
3.4. En naturlig død	16
3.4.1. Naturlig død.....	16
3.4.2. Passiv dødshjelp	16
3.4.3. Livstestamente.....	16
3.5. Etikk	17
3.5.1. Pliktetikk	17
3.5.2. Konsekvensetikk	17
3.5.3. Nærhetsetikk.....	17
3.5.4. Dydsetikk.....	17
3.5.5. De fire etiske prinsipper	18
3.6. Verdier og holdninger	19
3.6.1. Verdier.....	19

3.6.2. Holdninger.....	19
3.6.3. Empati	19
3.7. Lover og retningslinjer	20
3.7.1. Pasientrettighetsloven	20
3.7.2. Helsepersonelloven	21
3.7.3. FNs erklæring om den døendes rettigheter.....	22
3.7.4. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	23
3.8. Sykepleierteoretikere	24
3.8.1. Joyce Travelbee	24
3.8.2. Kari Martinsen.....	26
4. DRØFTING.....	27
4.1. Utfordringen med å velge.....	27
4.2. Pasientens rett til en verdig død	30
4.3. Sykepleierens plikt til å hjelpe	32
4.4. Hva kunne blitt gjort annerledes i denne situasjonen?	34
5. KONKLUSJON.....	38
Referanseliste	40
Sammendrag	43

1. INNLEDNING

Vi er to sykepleiestudenter ved Høgskolen i Hedmark, som nå skal skrive vår avsluttende oppgave. Vi har da valgt å skrive om HLR minus.

1.1 Valg av tema

Vi har valgt dette temaet fordi vi ønsker å utvide vår kunnskap om HLR minus og retningslinjer rundt dette i sykehjem. Vi ønsker å se nærmere på hva sykepleierens ansvar er. HLR minus er et tema vi har møtt på flere ganger i løpet av vår utdanning, og vi opplever at det generelt er lite kunnskap blant sykepleiere da det kommer til dette. Hittil har vi opplevd at ansvaret rundt temaet er legedelegert, derfor vil vi nå fordype oss i sykepleierens ansvar i beslutningsprosessen mot HLR minus. Som en del av forberedelsene til denne oppgaven, ønsket vi å forhøre oss om retningslinjer rundt HLR minus i kommunen. Vi snakket med enhetsleder på et av kommunens sykehjem, som bekreftet at det var ikke-eksisterende. Hun fortalte at det eksisterte prosedyrer angående dette for noen år tilbake. Da var det standard prosedyre å snakke med pasientene om døden ved innkomstsamtale. Pårørendeforeningen har i etterkant fått dette emnet ut av innkomstsamtalene fordi de mente at pasientene ikke ønsket å snakke om det. Vi har presentert våre tanker rundt temaet for flere av helsearbeiderne på dette sykehjemmet, og det viser seg at det er mye usikkerhet rundt HLR minus. På grunn av manglende retningslinjer, ønsker vi å belyse dette temaet da vi mener at det spiller en viktig rolle også i sykehjem. En annen grunn til at vi har valgt å skrive om HLR minus er fordi vi frem til nå opplever at det har vært rettet lite fokus mot dette, og at det nå er blitt et tidsaktuelt tema. På bakgrunn av dette har vi valgt å se en dokumentar med tittelen *Døden, skal vi danse? Med Per Fugelli* som ble sendt på NRK1 den 14.05.13. Denne omhandler en kreftsyk mann som setter lys på døden som samtaleemne (Aarhus, 2013).

1.1.1 Begrunnelse ut ifra pasientperspektiv

Eldre pasienter har rettigheter på lik linje med yngre pasienter. Dette inkluderer at de har rett til å medvirke i beslutninger som omhandler deres liv og helse. Da det er mangel på retningslinjer rundt HLR minus, vil dette til syvende og sist ramme pasienten, som enten ikke får den livreddende hjelpen han har rett på, eller ikke får dø i fred som han selv ønsker. Valg av dette tema begrunner vi med at vi er opptatt av at pasientens meninger og rettigheter skal overholdes og respekteres (Pasientrettighetsloven, 1999).

1.1.2 Begrunnelse ut ifra sykepleierperspektiv

Som sykepleier plikter man å utføre handlinger med utgangspunkt i lover og retningslinjer. Men man må besitte andre viktige egenskaper enn som så. Martinsen (1992) beskriver den spontane kjærlighet, altså den godhjertede pleien og omsorgen man gir til sine pasienter fordi man har lyst. Vår tankegang rundt dette, er at beslutningsprosessen mot HLR minus faktisk handler om liv og død. Ofte blir det sagt at sykepleieren er pasientens ”advokat”, og vi vil derfor se nærmere på hvilket ansvar sykepleieren har rundt HLR minus.

1.2 Problemstilling

”Hvilket ansvar har sykepleieren i forhold til HLR minus i sykehjem?”

1.3 Case

Gunnar, 80 år, bor på Neshaug Sykehjem. Gunnar har diabetes II, hyperkolesterolemi og hypertensjon. Han er oppgående og selvstelt. En dag faller han om på baderomsgulvet. Sykepleieren kommer inn og ser Gunnar ligge livløs på gulvet. Hun sjekker puls og respirasjon, og konkluderer ganske raskt med at Gunnar har fått en hjertestans. Siden det er mangel på retningslinjer på sykehjemmet er sykepleieren nå usikker på hvordan hun skal handle i denne situasjonen. Hun tar en etisk vurdering, der hun legger vekt på at dersom hun ikke starter hjerte- og lungeredning vil hun ikke ha gjort noen tiltak for å redde mannens liv. Men dersom hun starter hjerte- og lungeredning vil dette i verste fall medføre sykdomsrelaterte komplikasjoner i senere tid. På grunn av Gunnars høye alder, diagnoser og sykepleierens kunnskap om eldres rehabiliteringsevne velger sykepleieren å ikke sette i gang livreddende tiltak.

1.4 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense vår oppgave til at dette skal omhandle somatiske pasienter med langtidsopphold på sykehjem. Da vi underveis nevner *eldre mennesker*, mener vi pasienter over 80 år. Vi ser denne oppgaven i et etisk perspektiv og vi vil se nærmere på hva som er verdig og uverdig for pasienten. Vi har valgt å benytte oss av et case, som er et viktig hjelpemiddel og er med på å tydeliggjøre avgrensningen i vår oppgave. Vi nevner i caset at Gunnar lider av hjerte- og karsykdommer. Vi kommer ikke til å gå nærmere inn på disse sykdommene, da vi ikke ser det relevant for vår oppgave. Vi vil heller ikke utdype hvordan hjerte- og lungeredning (HLR) påvirker kroppen anatomisk, men heller rette fokus mot beslutningsprosessen om å avstå fra HLR eller ikke. Som vi allerede har nevnt er HLR minus et legedelegert ansvar, men vi vil rette fokus mot sykepleierens ansvar rundt dette. Vi vil underveis i oppgaven omtale Gunnar med hans navn eller ”han” og omtale sykepleieren ved tittel eller ”hun”.

1.5 Oppbygning

I metodedelen har vi beskrevet hvordan vi har gått frem i søk etter forskning og litteratur, og beskrevet hvordan vi kvalitetsvurderte våre funn. I teoridelen har vi skrevet om den litteraturen vi mener er relevant til det valgte temaet. I drøftingsdelen benytter vi teori og forskning som vi deretter drøfter opp mot caset. Resultatet av drøftingen blir deretter dratt videre til en mulig konklusjon.

1.6 Begrepsavklaring

I begrepsavklaringen har vi valgt å avklare begrep brukt i problemstillingen. Begrep som brukes senere i oppgaven avklares underveis.

Ansvar: Vi tolker ansvar som noe vi tar på oss i det vi trer inn i sykepleierrollen og at vi da plikter oss til å følge gjeldende retningslinjer og sørge for at pasientene mottar tilfredsstillende helsehjelp av god kvalitet (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2012).

HLR minus: HLR minus betyr å avstå fra hjerte- og lungeredning. (UiO, Institutt for helse og samfunn, 2010). Vi tolker HLR minus som et lovverk som vi er pålagt å overholde da det står i pasientens journal. Vi forstår det slik at det ikke skal gis livreddende tiltak om pasienten er livløs.

2. METODEDEDEL

En metode er et hjelpemiddel som skal bidra til å finne løsninger på problemer og øke forståelse og kunnskap (Dalland, 2011). I vår oppgave vil vi benytte oss av metoden litteraturstudie, og vi tar sikte på at denne metoden vil bidra til at vi finner en konklusjon til vår problemstilling.

2.1 Beskrivelse av metode

Kvantitativ og kvalitativ metode skal begge føre til god forståelse av hvordan samfunnet vårt tar beslutninger og samarbeider. Kvantitativ metode tar utgangspunkt i at resultater skal være målbare, i motsetning til kvalitativ metode som ender med resultater som ikke er mulig å finne konkrete tall eller prosent på. Vi har tatt utgangspunkt i en kvalitativ metode, men har allikevel valgt å intervju en enhetsleder ved et sykehjem i kommunen, noe som gir preg av kvantitativ metode. Dette har vi gjort for å få et realistisk innblikk i situasjonen, men har ingen målbare resultater å vise til (Dalland, 2011).

En litteraturstudie dreier seg om å søke gjennom både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur for å finne informasjon som er relevant til den aktuelle problemstillingen. Litteratursøk gir oss oversikt over kunnskap som allerede finnes og gir oss mulighet til å knytte denne kunnskapen opp mot vår oppgave. En svakhet ved litteratursøk er at dette ikke bestandig er tilstrekkelig, og det vil derfor ofte være gunstig å ha med forskningsbasert litteratur. Dette gir oss et inntrykk av hvordan det fungerer i realiteten (Dalland, 2011).

2.2 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet handler om relevans og pålitelighet. Vi tolker at validitet handler om at litteraturen må være relevant for å kunne belyse problemstillingen. Vi forstår det også dit hen at litteraturen må være gyldig, som vi oppfatter å være siste oppdaterte versjon. Reliabilitet handler om at litteraturen skal være pålitelig. Dalland (2011) skriver også at reliabilitet skal ta for seg målinger, og at det da skal nevnes eventuelle feilmarginer. I vår oppgave har vi benyttet oss av egenvalgt litteratur som vi har vurdert som både relevant og pålitelig. Som tidligere nevnt, har vi hentet noe informasjon fra et sykehjem i kommunen. Det er påfallende å tro at dette er et problem i mange sykehjem, men da vi kun har informasjon fra ett sted, kan vi ikke påstå at dette er et landsdekkende problem (Dalland, 2011).

Førstehånds- og annenhåndskilder er alltid en vurderingssak. I litteraturen blir den opprinnelige utgaven omtalt som førstehåndskilde, mens annenhåndskilder er litteratur omskrevet av en annen forfatter (Dalland, 2011). Vi har vurdert det dit hen at definisjoner og generell teori, som kan formuleres forskjellig uten at budskapet mister sin betydning, kan være fra sekundærkilder, f.eks. lærebøker fra pensumlitteraturen. Vi har valgt å bruke førstehåndskilden der vi bruker en bestemt persons vurdering og teorier rundt et emne. Vi har blant annet brukt tid på å få tak i Joyce Travelbees *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, som vi mener er en relevant teoretiker for vår oppgave. Vi ville bruke primærkilden, så vi fikk fremmet hennes teorier og tolkninger av faget på en korrekt måte. Vi har også anskaffet boken *Fra Marx til Løgstrup*, av sykepleierteoretiker Kari Martinsen. Vi mener det er mer pålitelig å benytte oss av hennes bok som er en førstehåndskilde, enn å benytte oss av en omskrevet versjon. Begge disse bøkene er av en eldre dato, men vi anser innholdet som gyldig til vår oppgave fordi bøkene baserer seg på sykepleierteoretikernes mening, som bestandig vil bestå (Dalland, 2011).

2.3 Kildekritikk

For at leseren skal få et innblikk i hvordan vi kritisk har vurdert og valgt litteratur, vil vi i dette kapittelet gå nærmere inn på refleksjonene vi har gjort rundt relevans og gyldighet av materialet vi har valgt å belyse problemstillingen vår med (Dalland, 2011).

Dalland (2011) skriver at det er viktig å få frem hvilke kriterier vi har gått ut ifra da vi velger ut kildematerialet, og om litteraturen har vært vanskelig eller lett å finne. Da vi har lett etter litteratur i pensumbøker, har vi hatt en stor utfordring, da vårt tema er lite omtalt i disse bøkene. Vi tolker at grunnen til det er at det til nå har vært et nedprioritert tema. Derimot, har det vært lett å finne forskning, da det i senere tid har blitt rettet mer fokus mot HLR minus. Bakgrunnen for oppgaven er våre erfaringer og opplevelser fra praksis, og dette har ført til nysgjerrighet rundt temaet. For å belyse dette, og sette teori i sammenheng med praksiserfaringer, har vi brukt pensumlitteratur og over 400 sider egenvalgt litteratur. 400 sider egenvalgt litteratur står som et av kravene i *Retningslinjer for Bacheloroppgave* (2012). I tillegg er det pålagt at vi skal ha med minst 4 forskningsartikler med relevans til oppgaven. Vi har valgt å benytte oss av Høgskolen i Hedmarks databaser. Som en del av vår egenvalgte litteratur, har vi benyttet 162 sider i boken til Joyce Travelbee, 1 side i boken til Virginia Henderson og 153 sider i boken til Kari Martinsen. Vi har benyttet oss av noen nettsider, som utgjør ca. 13 sider. Lover og retningslinjer utgjør også en del av egenvalgt litteratur. Av

helsepersonelloven, har vi brukt 23 sider, av pasientrettighetsloven har vi brukt 16 sider og av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har vi benyttet 44 sider. Forskingen vi har benyttet oss av, utgjør 25 sider. Totalt utgjør dette 437 sider.

2.4 Fremgangsmåte for litteratursøk

Da vi skal finne litteratur, er det viktig å sette krav til gyldigheten på litteraturen (Dalland, 2011). Artikkene vi har valgt å benytte i denne oppgaven er alle under to år gamle og vi anser derfor disse som gyldige.

Tre av artiklene vi har valgt å bruke er forskningsartikler som er funnet gjennom Helsebibliotekets pyramidesøk. Vi har valgt å bruke pyramidesøket fordi de har en god oversikt over hvilke artikler som er kvalitetsvurdert og hvilke som ikke er det. Artikkene vi har valgt å benytte er alle tre vurdert som av høyeste kvalitet, og ble lokalisert i databasen *UpToDate* som vi fra tidligere er godt kjent med. Databasen er godkjent av Høgskolen i Hedmark, og vi ser derfor på denne som sikker. Disse tre artiklene er engelskspråklige. Vi har også funnet en fagartikkel på sykepleien.no. Vi anser denne nettsiden som kvalitetssikret da denne er drevet av Norsk Sykepleierforbund. Fagartikkelen fra sykepleien.no er norskspråklig.

1. *Ethics in the intensive care unit: withholding and withdrawing life-support* (2012). Denne artikkelen handler om pasienter på intensivavdeling, hvor spørsmål om å holde tilbake livreddende tiltak ofte oppstår. Hvor faktorene som prognose, pasientens verdier og forventet utfall av behandling spiller en stor rolle i vurderingen og beslutningen for å avstå fra livreddende tiltak. Selv om denne artikkelen tar utgangspunkt i en intensivavdeling på sykehus, ser vi allikevel at denne også er overførbar til akuttsituasjoner på sykehjem.

For å finne frem til denne artikkelen gikk vi inn på Helsebiblioteket.no, og deretter inn på pyramidesøket. Søkeordene vi brukte var: *Do not resuscitate*. Det ga 39 treff, og denne artikkelen var treff nr.3.

2. *Ethical issues near the end of life* (2012). Denne artikkelen handler om etiske konflikter som oppstår i beslutningsfasen da avgjørelsen av livsforlengende behandling ikke skal gis. Denne legger fokus på mengden behandling man skal gi til pasienter med kort forventet levetid.

For å finne frem til denne gikk vi inn på Helsebiblioteket.no, og videre inne på pyramidesøket. Søkeordene vi brukte var: *Ethical issues*. Det ga 86 treff, og artikkelen var å finne på treff nr. 1.

3. *Patient information: advance directives* (2013). Denne artikkelen handler om hva livstestamentet er og hva som inngår i dette. Blant annet anbefaler forfatterne at alle over 65 år bør ha et livstestamente.

For å finne frem til denne gikk vi inn på Helsebiblioteket.no, og videre inne på pyramidesøket. Søkeordene vi brukte var: *Advanced directive*. Det ga 41 treff, og artikkelen var på treff nr. 3.

4. *Livstestamente og pasientens vilje* (2010). Artikkelen tar for seg helsepersonells oppfatning av livstestamente. Mange mener at dette er unødvendig, da lege og sykepleier skal være i stand til å ta en faglig og etisk riktig beslutning i en potensiell situasjon.

Vi fant artikkelen inne på Sykepleien.no, og skrev inn søkeordet: *Livstestamente*. Det ga 5 treff, og artikkelen var på treff nr. 4. Vi vil presisere at dette er en fagartikkel. Vi anser denne som gyldig og relevant, da den er basert på forskning og gir oss et innblikk i hvordan livstestamente blir praktisert på landsbasis.

2.5 Anonymisering

Vi har benyttet oss av et fiktivt case og har derfor ikke hatt behov for å anonymisere personer og sted. Vi har innhentet informasjon fra et sykehjem i kommunen, som vi velger å anonymisere, da vi ikke ser at sykehjemmet og enhetslederens navn er relevant informasjon i oppgaven (Dalland, 2011).

3. TEORIDEL

I denne delen av oppgaven, vil vi presentere teori vi mener er relevant til vår oppgave, og som er nødvendig for å kunne belyse vår problemstilling. Her vil vi beskrive hva teorien innebærer og hvorfor vi har valgt å ta det med.

3.1 Hjerte- og lungeredning (HLR)

Ved å gi HLR, sørger man for at pasienten stabiliseres sirkulatorisk og respiratorisk.

Viktigheten av dette er å sørge for sirkulasjon til hjertet og hjernen. Pasientens mulighet for å overleve faller med 7-10 % for hvert eneste minutt som går uten HLR. Det finnes ulike typer HLR, men vi ser at basal hjerte- og lungeredning er mest relevant for vår oppgave, da situasjonen tar plass på et sykehjem (Høybakk, 2010).

3.1.1 BHLR

Den vanligste metoden for HLR er basal hjerte- og lungeredning. Denne går ut på å gi 30 kompresjoner og to innblåsninger som skal gjentas frem til annet blir bestemt. Man skal komprimere ca 4-5 cm dypt og innblåsningene skal vare ca et sekund og ikke lenger enn til at brystkassa hever seg (Høybakk, 2010).

3.2 HLR minus med retningslinjer

For å kunne forklare hva HLR minus er, er det viktig å ha kunnskaper om retningslinjene rundt det. Da vi først fikk høre om begrepet HLR minus, forstod vi det som at man skulle avstå fra det vi anså som hjerte- og lungeredning, altså kompresjoner og innblåsninger. Etter å ha utdypet oss i begrepet, har vi sett at HLR innebærer mye mer. UiOs Institutt for helse og samfunn beskriver nøye hvilke tiltak som går inn under hjerte- og lungeredning. Ifølge deres retningslinjer, er HLR minus uten reservasjoner å avstå fra alle tiltakene som er nevnt nedenfor (Institutt for helse og samfunn, 2010).

UiOs Institutt for helse og samfunn (2010) definerer HLR som:

Kraftig dunk i brystet, utvendig hjertekompresjon, innblåsning av luft i lungene, stabilisering/stimulering av hjerterytme med elektrisk defibrillering, medikamenter, og senere evt. trakealintubasjon og mekanisk ventilasjon (s.1).

Videre, vil vi forklare resten av innholdet i retningslinjene.

Reservasjoner:

Det blir videre nevnt i retningslinjene, at det er mulig å ha reservasjoner i forhold til HLR minus. Dette betyr at det kan være begrensede tiltak, som for eksempel at hvis hjertestans inntreffer, skal det gis hjerte og lungeredning, men ikke benytte defibrillator eller medikamenter. Dersom det settes reservasjoner til HLR minus, synes vi at det er av svært viktig betydning at dette tydeliggjøres godt i dokumentasjon. Det finnes et unntak i forhold til HLR minus. I de tilfellene respirasjonssvikt eller sirkulasjonssvikt direkte skyldes behandling, kan man starte HLR selv om det er satt HLR minus (Institutt for helse og samfunn, 2010).

Grunnlag:

UiOs institutt for helse og samfunn (2010) skriver at det vil være flere viktige kriterier for at HLR minus skal kunne settes. Dette er at pasienten skal være så alvorlig syk at det forventes at HLR ikke vil kunne ha noen langvarig effekt for pasienten. Dersom pasienten har et sykdomsbilde som tilsier at døden vil inntreffe, vil det ofte settes HLR minus med respekt for sykdomsforløpet.

Vi har imidlertid også funnet kriterier inne på Tidsskift for den norske legeforening. Disse kriteriene består av fire forutsetninger: pasienten må være døende, helsepersonellet må være av den oppfatning at pasienten selv ikke ønsker livsforlengende behandling, pårørende skal inkluderes i beslutningen og være av samme oppfatning som pasienten og til slutt skal helsepersonell ta hensyn til at pasientens og pårørendes ønske skal respekteres (Markestad, 2003).

Informasjon

I forhold til informasjon, blir det skrevet at spørsmålet om HLR minus bør bli tatt opp i en samtale med pasienten og pårørende. Vi forstår dette som svært viktig at pasienten får mulighet til å medvirke i beslutningen før den tas. Dersom pasienten ikke ønsker å få informasjon om dette, skal informasjonen holdes tilbake for å respektere pasientens ønske. Informasjonen kan også holdes tilbake, dersom ansvarlig lege ser at den kan føre til en negativ situasjon for pasienten. I de situasjonene der pasienten ikke kan kommunisere, er det pårørende som skal informeres. Slik vi tolker dette punktet, vil pårørende da ha mulighet til å medvirke i beslutningen, men de har ikke lov til å bestemme på pasientens vegne (Institutt for helse og samfunn, 2010).

Ansvar

Den som har hovedansvaret for beslutningen om HLR minus, er pasientens ansvarlige lege. På tross av det, skal allikevel beslutningen tas i et tverrfaglig team. Vi tolker tverrfaglig team på sykehjem som lege, sykepleier og helsefagarbeider, da dette ofte er yrkesgruppene som samhandler med sykehjempasienter. Da avgjørelsen om HLR minus er tatt, skal legen straks informere sykepleieren som har ansvar for pasienten. Dersom det oppstår akutsituasjoner, der beslutningen må tas raskt, skal vakthavende lege ta beslutningen i samråd med den ansvarlige sykepleieren. Beslutningen om HLR minus skal jevnlig tas opp til vurdering, og dette er spesielt viktig ved overflytting, f. eks fra sykehus til institusjon (Institutt for helse og samfunn, 2010).

Dokumentasjon

Da beslutningen om HLR minus blir tatt, er det viktig at dette føres inn i pasientens journal/kurve. Det skal føres inn med dato og legens signatur. Legen skal i tillegg dokumentere begrunnelse for å sette HLR minus, hvem som har vært med på avgjørelsen, hvem som er informert og dersom pasienten ikke er informert, skal dette også dokumenteres med begrunnelse. Vi har ofte sett at både begrunnelse for beslutninger og hvem som er informert, mangler i dokumentasjonen (Institutt for helse og samfunn, 2010).

3.3 Eldre menneskers helse

Her skal vi ta for oss helse hos eldre mennesker. Vi vil forklare kort om hva aldringsprosessen gjør og hvordan det bidrar til rehabiliteringsevnen hos eldre. Her vil vi også forklare hva livskvalitet er.

3.3.1 Alderdom

Eldre mennesker er mer utsatt for sykdom i sirkulasjons- og respirasjonssystemet grunnet en kombinasjon av alderdom og en rekke sammensatte sykdommer. Dette krever at sykepleieren har gode kunnskaper om aldringsprosessen og sykdommer som ofte fremtrer ved økende alder (Brodtkorb, 2010). Alderdom øker altså sjansen for sykdommer, men alderdom er ikke en sykdom i seg selv, men en del av den menneskelige utviklingsprosessen (Mensen, 2010).

3.3.2 Rehabilitering

Rehabilitering betyr at pasienten skal gjenvinne det funksjonsnivå han hadde før han ble syk. Dersom sykdommen har hatt en alvorlig effekt på helse, eller aldringsprosessen er langtkommen, kan dette bidra til at rehabiliteringsprosessen blant eldre kan ta lang tid eller i verste fall være umulig. Rehabiliteringsprosessen tar lenger tid hos eldre enn hos yngre, grunnet en kombinasjon av høy alder og flere sykdommer samtidig (Kirkevold, 2010).

3.3.3 Livskvalitet

Livskvalitet kan ikke defineres på en bestemt måte, men handler om hvor fornøyd man er med det livet man lever per dags dato. Det er flere ting som spiller inn, som familie, venner, jobb, helse, økonomi og så videre. Det vil dermed si at livskvalitet er en subjektiv og individuell opplevelse (Slettebø, 2009).

3.4 En naturlig død

3.4.1 Naturlig død

Helsepersonells oppfatning av døden har de siste årene forandret seg. Før skulle pasientens liv reddes for enhver pris, nå står vi ovenfor mange utfordringer knyttet til dette. Vi lever i en verden full av hjelpemidler som kan tilbakeholde dødsprosessen i lengre tid, et eksempel er respirator. Hvordan man skal la et menneske dø, og når tiden er inne, er vurderinger helsepersonell til stadighet må gjøre (Slettebø, 2009).

3.4.2 Passiv dødshjelp

Før ble *passiv dødshjelp* ofte brukt i situasjoner der en av ulike årsaker velger å ikke sette i gang livreddende tiltak, eller avslutte eksisterende behandling. I dag brukes sjeldent dette uttrykket, det er i stedet byttet ut med ”beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende” (Slettebø, 2009).

3.4.3 Livstestamente

Et livstestamente er et dokument med en persons erklæring om ikke å motta livsforlengende behandling om han skulle bli utsatt for en ulykke, alvorlig sykdom, eller ikke kan gjøre seg forstått. Allikevel er det legen, i samarbeid med sykepleierne, som tar avgjørelsen ut i fra pasientens prognose. For at helsepersonell skal vite om livstestetet fremdeles er gyldig skal pasienten ha et medlemskort liggende i lommeboken som bevis på det. Dette kortet skal fornyes hvert år, ved at pasienten vurderer innholdet i livstestetet og skriver under på nytt (Slettebø, 2009).

3.5 Etikk

Brinchmann (2010) beskriver etikk som teori om moral. Moral handler om hva som er rett og galt i livet, spesielt viktig er dette i møtet med andre mennesker. Moral er noe man lærer seg i de tidlige barneår, og som bidrar til hvilke holdninger du senere fremmer.

3.5.1 Pliktetikk

Pliktetikk deles ofte opp i indre og ytre plikter. Fokuset for pliktetikken er ikke konsekvensene, men personen og handlingen i seg selv. Den indre plikten er resultatet av den menneskelige fornuft, mens religion, lover og regler kan betegnes som ytre plikter. Slik som vi tolker dette, kan et eksempel være at vi som sykepleiere overholder lover og regler som følger med profesjonen (Brinchmann, 2010).

3.5.2 Konsekvensetikk

I motsetning til pliktetikken som har fokus på menneskene og handlingene, har konsekvensetikken større fokus på målet og konsekvensen av handlingene (Brinchmann, 2010). Vi tolker det dit hen, at konsekvensetikken handler om at man gjør noe som bryter med plikten fordi man mener at utfaller vil være til det beste for pasienten.

3.5.3 Nærhetsetikk

Vi tolker nærhetsetikken som at den har et fokus rettet mot relasjonen mellom to mennesker. Her vektlegges jeg-og-du relasjonen, noe som betyr at vi skal se på pasientene som medmennesker og ikke "bare" en pasient (Brinchmann, 2010).

3.5.4 Dydsetikk

Dydsetikken er på mange måter sammenlignbar med nærhetsetikken, da personlige egenskaper og følelser spiller en viktig rolle i relasjonen. Dyd og dyktighet blir forklart som "...en karakteregenskap som bevirker moralsk holdning og handling" (Brinchmann, 2010, s.135). Vi tolker dette som at det er de personlige egenskapene man besitter som bidrar til at man møter pasienter med gode holdninger og utfører gode og korrekte handlinger.

3.5.5 De fire etiske prinsipper

De fire etiske prinsipper er rettferdighet, velgjørenhet, ikke-skade og autonomi. Slettebø (2009) omtaler disse som *prima facie prinsipper*, noe som betyr at dette er prinsipper som må vurderes ut i fra den enkelte situasjon, om de er tilstrekkelige eller ikke, og dermed bestemme hvem av disse prinsippene som er den mest aktuelle, eller bør veie tyngst der og da. Vi har valgt å gå nærmere inn på disse prinsippene da vi mener de er aktuelle for vår oppgave.

Autonomi kan forklares som selvbestemmelse, og i noen tilfeller medbestemmelse. Med dette menes det at pasienten har rett til å nekte behandling, men at han også kan være medbestemmende til den behandling som er foreslått eller anbefalt. Legen bestemmer behandling ut fra hva han mener er det beste for pasienten, det vil si at pasienten ikke har mulighet til å velge mellom behandlingsformer, men kan medbestemme i den behandlingen legen tilbyr. Autonomi blir oftest omtalt i forhold til at pasienten nekter å ta imot behandling, hvor vi anser selvbestemmelse som mer riktig å bruke enn medbestemmelse. Vi tolker selvbestemmelse som en avgjørelse tatt på egenhånd, for eksempel avgjørelsen av å ikke ta imot behandling, mens medbestemmelse kan være enighet med det legen anbefaler (Slettebø, 2009).

Ikke-skade prinsippet går ut på at sykepleieren er pliktig til å utføre behandling som ikke på noen måte skader pasienten. Velgjørenhet prinsippet går ut på at sykepleieren er pliktig til å utføre sykepleie til det beste for pasienten. Disse to prinsippene blir ofte omtalt sammen fordi de begge har til hensikt å gjøre det beste for pasienten. Ikke-skade prinsippet blir også omtalt som passivt og negativt, siden oppgaven til sykepleieren er ikke å påføre skade, mens velgjørenhet prinsippet er mer aktivt og positivt, da det skal utføres behandling til pasientens beste (Slettebø, 2009).

Rettferdighet handler om at mennesker har rett til å få god informasjon og muligheten til selvbestemmelse, noe som da bidrar til ivaretagelse av deres autonomi. Slik som vi forstår dette prinsippet, vil det da bety at alle pasientene har rett på like god behandling uavhengig av individuelle forskjeller. Vi ser at det finnes mange situasjoner som ikke er sammenlignbare, og at man som helsepersonell må benytte seg av *prima-facie* prinsippet og overveie hver enkelt situasjon da man befinner seg i dem (Brinchmann, 2010).

3.6 Verdier og holdninger

3.6.1 Verdier

Verdier er vanskelig å definere som noe konkret. Vi tolker verdier som noe som er verdt å strebe etter og som er av høy betydning for enkeltmenneske. Dette er svært individuelt og vil mest sannsynlig forandre seg opp gjennom årene. Verdier du hadde i ungdomsårene er nødvendigvis ikke de samme du har da du blir eldre. Et eksempel på dette kan være at man som ungdom ser på venner og frihet som gjeldene verdier, mens man som eldre i etablert familiesammenheng kan se på familie og samhold som verdier av betydning (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

3.6.2 Holdninger

Holdninger er måten man reagerer på. Holdninger kan fremtre positivt eller negativt og kan være reaksjoner på andre mennesker eller situasjoner. Gjennom handlinger, gjenspeiler man sine holdninger som igjen tydeliggjør ens verdier (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

3.6.3 Empati

En viktig holdning sykepleieren har i sitt arbeid, er empati. Empati defineres som ”... en grunnleggende følelsesmessig evne til å leve seg inn i en annens situasjon” (Brinchmann, 2010. s. 151). Vi ser viktigheten av å knytte begrepet empati opp mot vår oppgave, da sykepleieren skal ta en avgjørelse som omhandler pasienten.

3.7 Lover og retningslinjer

3.7.1 Pasientrettighetsloven:

Pasientrettighetsloven (1999), skal sørge for at tjenestemottakere i det norske samfunnet skal motta helsetjenester av god kvalitet ved hjelp av konkrete rettigheter. I dette avsnittet vil vi ta for oss det innholdet i denne loven som vi anser som relevant til vår problemstilling (Pasientrettighetsloven, 1999).

I likhet med det som er nevnt tidligere om HLR minus, har pasientene rett til både medvirkning og informasjon i forhold til de helsetjenestene de mottar. Vi tolker dette som at pasientene skal få være med i beslutningsprosessen angående undersøkelse- og behandlingsmetoder. Det står videre i Pasientrettighetsloven (1999) at en behandlingsplan skal utformes i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. Vi mener at det da er viktig at helsepersonell, først og fremst lege, men også sykepleier, er med i denne planleggingen. Vi tolker sykepleierens ansvar i denne sammenhengen som å være pasientens ”advokat”. Sykepleieren skal da respektere pasientens ønsker og meninger og fremme disse. I de tilfellene der pasienten ikke har samtykkekompetanse, vil pårørende bli inkludert og få mulighet til å medvirke sammen med pasienten (Pasientrettighetsloven, 1999).

Vi har valgt å ta med noe teori om samtykkekompetanse. Vi har i oppgaven valgt å rette fokuset mot pasienter i sykehjem, hvor vår erfaringskunnskap viser at samtykkekompetansen ofte er bortglemt eller faller bort. Pasientrettighetsloven (1999) beskriver at pasientens samtykke må foreligge for at helsepersonell kan gi helsehjelp. Da er det viktig at lege og annet helsepersonell har gitt pasienten god og korrekt informasjon. Pasienten kan trekke tilbake sitt samtykke når som helst. Dersom det skjer, skal helsepersonell påse at pasienten får informasjon om konsekvensene dette kan medføre.

Alle myndige mennesker og de over 16 år har samtykkekompetanse, med mindre andre lovbestemmelser foreligger. Dersom pasienten har fysiske eller psykiske forstyrrelser som bidrar til at man ikke oppfatter hva samtykkekompetanse er, kan denne falle bort helt eller delvis. Den som gir helsehjelpen kan ved vurdering av ulike faktorer, være med å avgjøre om pasienten skal beholde sin samtykkekompetanse eller ikke. Dersom pasienten blir fratatt sin samtykkekompetanse, skal både pasient og nærmeste pårørende informeres. Begrunnelsen for avgjørelsen skal dokumenteres skriftlig (Pasientrettighetsloven, 1999).

En pasient har til enhver tid rett til å nekte å motta helsehjelp. Dette betyr også at en døende pasient kan nekte å ta imot livsforlengende behandling. I Pasientrettighetsloven (1999) § 4-9 *Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner* står det:

Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjenner tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres.

Vi har valgt å ha med denne paragrafen fordi vi ser at dette også er overførbart til pasienter med kognitiv svekkelse, da de kan ha vanskeligheter med å formidle behandlingsønsker.

I forhold til informasjonen pasienten har rett på, er dette all informasjon om helsetilstanden og hva slags behandling han kan få. Pasienten skal også informeres om eventuelle risikoer eller bivirkninger som sykdom og behandling kan medføre. Som nevnt tidligere, mener vi at det også her er viktig å respektere pasientens ønske dersom pasienten ikke ønsker å få informasjon. Her har også legen lov til å holde tilbake informasjon, dersom det blir vurdert at pasienten kan få negative ettervirkninger av informasjonen, som igjen kan føre til en forverret situasjon (Pasientrettighetsloven, 1999).

3.7.2 Helsepersonelloven:

Hensikten med denne loven, er å sikre at helsepersonell utøver yrket på en forsvarlig måte og sørge for at pasienter mottar den helsetjenesten de har krav (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepersonelloven (1999) vektlegger viktigheten helsepersonell har i å utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. I dette punktet blir det tydeliggjort at helsepersonell skal utøve praksis etter egen kompetanse. Videre, blir det igjen nevnt at helsepersonell plikter å gi informasjon på lik linje med det som er nevnt i Pasientrettighetsloven (1999) (Helsepersonelloven, 1999).

3.7.3 FNs erklæring om den døendes rettigheter

Da vi tidligere har nevnt at Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2012) vektlegger at mennesker skal få dø på en naturlig og verdig måte, mener vi at det også er viktig å belyse *FNs erklæring om døendes rettigheter*. Her har vi tatt med de punktene vi synes er aktuelle.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999):

- Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og følelser omkring min forestående død på min egen måte
- Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg
- Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet (Ibid, kapittel 5.2).

3.7.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I dette avsnittet vil vi skrive litt om innholdet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2012) som vi anser som relevante til vår oppgave. Vi forstår det slik at hovedbudskapet i retningslinjene er *respekt*. De omtaler dette som grunnlaget for all sykepleie (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2012). Vi tolker respekt som en holdning man har ovenfor andre medmennesker.

Sykepleieren og pasienten

Dette punktet tar for seg viktigheten av sykepleierens funksjon hos alvorlige syke pasienter. Retningslinjene vektlegger at sykepleieren skal sørge for at håp og livsmot er ivarettatt hos pasienten og at pasienter opplever mestring over sin egen situasjon. Deretter skrives det at sykepleieren har et viktig ansvar med å sørge for at pasientens behov for den helhetlige pleien blir ivarettatt. I forhold til mestring, vil det være svært viktig at sykepleieren lar pasienten ta selvstendige avgjørelser, og for at det skal kunne gjøres, vil sykepleieren måtte sørge for at pasienten har fått god nok informasjon og har forstått den. Pasienten har da rett til å ta egne beslutninger og som det tydeliggjøres i disse retningslinjene, vil pasienten også kunne si fra seg selvbestemmelsesretten, dersom dette er pasientens ønske. Da vårt tema i denne oppgaven er sentrert rundt døden, vil vi også nevne at sykepleieren har et viktig ansvar med og både lindre pasientens lidelser, men også bidra til at pasientens død skjer på en naturlig og verdig måte. Yrkesetiske retningslinjer (2012) skriver at sykepleieren har et viktig ansvar i beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling. Vi tolker dette som at det er legen som har det overordnede ansvaret i slike situasjoner, men at sykepleieren også har et stort og medvirkende ansvar (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2012).

Sykepleieren og pårørende

Dette er et punkt vi også anser som en viktig del av denne oppgaven, da sykdom og død ikke bare rammer pasienten, men også de rundt. Innenfor dette punktet, kommer det frem at sykepleieren skal passe på at pårørendes rett til informasjon blir overholdt. Om sykepleieren skulle oppleve at det oppsto en interessekonflikt mellom pasient og pårørende, skal det alltid være pasientens hensyn som skal prioriteres. Dersom en slik konflikt oppstår mellom to kolleger, vil det være pasientens liv, helse og vilje som skal prioriteres. Til slutt er det viktig å nevne at sykepleieren skal melde ifra eller varsle dersom hun oppdager at en pasient utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige situasjoner (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2012).

3.8 Sykepleierteoretikere

3.8.1 Joyce Travelbee

Travelbee (2011) definerer et menneske som et "... unikt og uerstattelig individ – en engangsforeteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve". (Travelbee, 2011. s.54)

Travelbee (2011) snakker mye om menneske- til- menneske- forhold som hun beskriver som noe som "... er godt, det er konstruktivt, og den sykes behov blir ivaretatt" (Travelbee, 2011. s, 173). Hun mener det første møtet mellom pasient og sykepleier er preget av hverandres oppfatning av roller. Men at de raskt må bli kjent med hverandre som menneske. Travelbee (2011) bruker aldri ordet *pasient*, men omtaler den som mottar sykepleie som *den syke*. (Slettebø, 2009).

Travelbee (2011) skriver at helsearbeidere er av den oppfatning at det er greit at en syk eldre person dør, da dette ofte blir begrunnet med at han har "levd sitt liv". Aldring og sykdom er to ord som ofte blir satt i sammenheng, og helsepersonell har vanligvis større problemer med å akseptere en ung pasients død, fremfor en eldre pasient. Travelbee (2011) er overrasket over at helsearbeidere ikke klarer å se at en eldre syk person fremdeles kan ha stor glede av livet og lyst til å leve videre. Dette kan kobles opp mot oppfatningen av verdi og verdighet. Travelbee (2011) mener at det ikke er den verbale erklæringen til ordene *verdi* og *verdighet* som er problemet, men kriteriene vi mener mennesker må oppfylle i "utdelingen" av verdi og verdighet. Og hun lurer også på om dette blir videreformidlet ubevisst til de eldre.

Vi vet alle at vi en dag skal dø, men hvilke tanker vi har rundt dette er veldig individuelt. "Mennesket bekrefter og forneker, erkjenner og avviser, tror og ikke tror at livets avsluttende dag vil komme" (Travelbee, 2011. s. 55). For å pleie en døende pasient sier Travelbee (2011) at det kreves av sykepleieren at hun har kunnskap og dyktighet innenfor området. Hun skriver videre at en sykepleier må ha rette innstillingen til å gjøre dette, noe som krever at hun må ha en egen oppfatning av døden, dette baseres på henne livssyn og åndelige verdier (Travelbee, 2011).

Noen mennesker frykter døden, andre ser på døden som en «venn» som er med på å fullbyrde livet. Ofte er dette forbundet med tro, tro om at døden er starten på et nytt, smertefritt og lykkeligere liv. Omtrent alle sykepleiere har kjent på skyldfølelsen rundt en persons død, hvor hun reflekterer rundt sin egen innsats for å redde vedkommendes liv. Selv om hun har gjort alt i sin makt for å redde vedkommende kan allikevel skyldfølelsen inntre (Travelbee, 2011).

Travelbee (2011) omtaler autonomi, menneskets mulighet til selv å bestemme. Selv om valgmuligheten er få og ikke spesielt gode, er det viktig for pasienten at han selv kan ta avgjørelser. Dette er med på å skape følelsen av kontroll over egen skjebne. Med bakgrunn av denne erfaringen skriver Travelbee (2011) at det er viktig at sykepleierne gir de syke mulighet til å ta beslutninger rundt egen situasjon. Viktig å huske på er det at det er legens ansvar og fortelle pasient og pårørende om sykdommen, sykdomsbilde, tiltak som vil bli iverksatt og prognosen.

Sykepleieren kan ikke vite hva pasienten ønsker hvis hun ikke oppsøker denne informasjonen ved å spørre og observere, eller at pasienten selv kommuniserer dette. Dette er avgjørende hvis pasienten foretrekker noe fremfor noe annet, noe som er nødvendig i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Observasjoner er viktig, de har ofte sammenheng med tiltak som har til hensikt å gjøre den syke bedre, og/eller tiltak som kan bety liv eller død (Travelbee, 2011).

3.8.2 Kari Martinsen

Kari Martinsen (1993) er spesielt opptatt av at omsorgen er betingelsesløs og at omsorgsyteren skal gi omsorg uten å skulle få noe tilbake for det. Sykepleieren skal også utføre handlingen uten baktanker, som en selvfølge og ikke noe tvungent. I sin bok, *Marx til Løgstrup*, nevner hun også mye begrepet moral, noe hun beskriver som ”å handle til den andres beste”. Samtidig skriver hun at sykepleieren har et moralsk ansvar i sine handlinger, noe hun beskriver som å ha ansvar for de svakeste (Martinsen, 1993).

Martinsen (1993) omtaler i stor grad livsytringer, og at de er med oss hele livet, både bevisst og ubevisst. I omsorgssituasjoner ligger de som regel i underbevisstheten og at det er en selvfølge å handle til den andres beste. I krisesituasjoner mener hun derimot at vi blir mye mer bevisst på disse livsytringene, da de for oss kan fremtre som etiske normer. Martinsen (1993) beskriver livsytringer som ”den spontane kjærlighet”. Men i enkelte tilfeller spiller den selviske delen av oss inn, og den spontane kjærligheten er ikke lenger tilstedet. Som sykepleier vil man da tvinge dette frem som en etisk norm, noe Martinsen (1993) kaller plikthandlinger eller krykkemoral. Her tydeliggjør hun den gyldne regel som sier; ”Du skal gjøre mot andre, som du vil at andre skal gjøre mot deg”. Da er det ikke lenger kjærligheter for medmennesker og livsyttelsene som står i sentrum for sykepleieren, men den tillærte normmoralen som Martinsen (1993) kaller det.

I boken benytter Martinsen (1993) seg mye av den danske filosofen Knud Ejler Løgstrup. Ved å kombinere Løgstrups ontologiske situasjonsetikk og hennes form for omsorgsetikk, har hun også presentert begrepet nærhetsetikk. Nærhetsetikken er det som skjer da to mennesker møtes og innser hverandres uerstattelighet. Denne relasjonen vektlegger Martinsen (1993) mye i sin teori. Hun mener at omsorg ikke handler om individet, men forholdet mellom to mennesker, og i dette tilfelle; sykepleieren og pasienten.

4. DRØFTING

For å kunne komme frem til en mulig konklusjon, vil vi måtte ta for oss ulike faktorer som kan belyse problemstillingen. Vi vil ta utgangspunkt i caset om Gunnar som faller om, og vil drøfte ulike beslutninger sykepleieren kunne tatt og hvilke beslutninger vi ser at hun tar. Vi vil se nærmere på sykepleierens ansvar i denne situasjonen og hva som eventuelt kunne vært gjort annerledes i forkant.

4.1 Utfordringen med å velge

I caset står sykepleieren ovenfor en utfordring. Da hun oppdager Gunnar livløs på gulvet må sykepleieren foreta en rekke vurderinger i forhold til om hun skal iverksette livreddende tiltak eller ikke. Hun tar avgjørelsen om å ikke gi hjerte- og lungeredning (HLR). Bakgrunnen for denne avgjørelsen er sykepleierens kunnskap om høy alder og Gunnars sykdomshistorie. Eldre mennesker har en svekket evne til rehabilitering i etterkant av en alvorlig sykdom.

Rehabiliteringsprosessen tar ofte lengre tid, og sjansen for at personen gjenvinner sin tidligere funksjon er redusert. Videre skriver hun at pasienter som er sengeliggende over en lengre periode kan miste opptil 40 % av sin funksjonskapasitet. Dersom Gunnar hadde overlevd, ser vi at sjansen er stor for at han i etterkant kunne blitt sengeliggende over en lengre periode. Sengeleie medfører immobilitet, og dette er igjen en risiko for ytterligere komplikasjoner (Kirkevold, 2010). Ut ifra det som er forklart i caset, er det konsekvensetikken sykepleieren hovedsakelig benytter da hun velger å avstå fra HLR. Det kommer frem da hun tar konsekvensen av handlingen med i vurdering (Brinchmann, 2010). Vi tolker det også som at sykepleieren kanskje kan ha tatt hensyn til ikke-skade- og velgjørhetsprinsippet. Dette kan hun ha gjort på bakgrunn av sin faglige kunnskap om blant annet eldres rehabiliteringsevne. Hun anser kanskje livreddende tiltak i denne situasjonen som skadende for Gunnar, mens hun ser at hans død er naturlig og vil derfor koble dette opp mot velgjørhetsprinsippet (Slettebø, 2009).

Sykepleieren i caset tar en beslutning på bakgrunn av Gunnars fysiske tilstand. I artikkelen *Ethics in the intensive care unit: withholding and withdrawing life-support* (2012), står det at en slik beslutning må begrunnes med pasientens tilstand og prognose, men at man også må vektlegge pasientens livskvalitet og verdier. Det kan være vanskelig å ta en avgjørelse basert kun på pasientens fysiske tilstand, da en person med svekket fysisk funksjon også kan oppleve å ha et godt liv. Videre i artikkelen står det at de som behandler pasienten tidlig i

sykdomsprosessen må avklare hva pasientens medisinske mål er. Disse ønskene kan for eksempel være å gjenvinne god helse, forlenge livet, lindre smerte og unngå livsforlengende behandling. Gunnar kan ha et ønske om å leve et langt liv, men kan på en annen side også ønske å unngå livsforlengende behandling. Når det da ikke er avklart hva pasienten ønsker, er det da naturlig at helsepersonell tar avgjørelsen for pasienten? Det kommer frem i caset at sykepleieren mangler retningslinjer rundt HLR minus, og må derfor basere sin avgjørelse ut i fra pasientens sykdomsbilde, men også med utgangspunkt i et etisk og kunnskapsbasert perspektiv. (Kellum & White, 2012).

Hvis sykepleieren tar Gunnars alder med i vurderingen er det påfallende å tro at dette skyldes hennes personlige holdning til eldre døende mennesker. Det kan virke som hun mener at alder er et godt nok kriterium. Travelbee (2011) skriver at helsepersonell ofte er av den oppfatning at eldre menneskers død er mer akseptabel enn da yngre mennesker dør. Ofte kan man også høre helsepersonell si at ”han har levd sitt liv”. Dette får oss til å lure på hva som gir en person rett til å avgjøre om livet er verdt å leve eller ikke. Vi har ved flere tilfeller hørt helsepersonell si at pasienter med langtidsopphold er på sykehjemmet for å dø. Og hvis disse holdningene ubevisst blir formidlet til de eldre, vil dette kanskje medføre at de mister håpet. Travelbee (2011) skriver at alle mennesker vet at de en gang vil dø, og de eldre er kanskje også klar over at sykehjem er ”siste holdeplass”, men tankene rundt døden er allikevel forskjellige. Vi ser derfor at det er viktig at sykepleieren er klar over hvilke holdninger hun fremmer for å møte Gunnar med respekt og ikke frarøve han håpet. Travelbee (2011) nevner videre i sin teori at eldre, syke mennesker fortsatt kan oppleve glede ved livet og se lyst på fremtiden, men at helsepersonell ikke alltid forstår seg på det (Travelbee, 2011). Her er det viktig å nevne ordet livskvalitet. Ordet livskvalitet handler rett og slett om kvaliteten på livet man lever der og da. Dette er en subjektiv opplevelse som påvirkes av både indre og ytre faktorer, som betyr at det kun er Gunnar som kan vite hvordan hans livskvalitet er. I et møte mellom sykepleier og pasient vil det være både en subjektiv (pasient) og en objektiv (sykepleier) opplevelse (Brinchmann, 2010). Vi tolker det derfor dit hen at sykepleieren i caset aldri, tross empatieevnen, vil kunne sette seg hundre prosent inn i Gunnars situasjon. Empati tar ikke utgangspunkt i hva du selv mener eller ønsker, men at sykepleieren skal kunne sette seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen så godt hun kan. Dette er en svært viktig del av sykepleien, men det er viktig å huske at sykepleieren må ha evnen til å gå inn og ut av Gunnars situasjon, og ikke forbli der. (Slettebø, 2009). Alle mennesker har individuelle

behov, men vår forståelse for andre menneskers liv går til en viss grense, da vi alle er unike individer (Travelbee, 2011).

Kari Martinsen (1993) skriver i sin teori om kjærlighet for medmennesker, hvor hun presenterer den ”gyldne regel” som sier: ”Du skal gjøre mot andre, som du vil at andre skal gjøre mot deg”(Martinsen, 1993. s, 88). Hun vektlegger at denne regelen burde være en veileder for sykepleiere i møtet med pasienter. Vi tolker den ”gyldne regel” som meget personavhengig. Vi ser at den ”gyldne regel” kanskje kan være et fint grunnlag for den generelle sykepleien, men at det i konkrete situasjoner, som hendelsen i caset, kan være litt for overfladisk (Martinsen, 1993). Grunnen til at vi tolker dette dit hen er fordi mennesker har ulikt syn på ulike opplevelser. Det ”jeg” ønsker, er ikke nødvendigvis det ”du” ønsker. Vi ser derimot at evnen til empati, det å sette seg inn i den andres opplevelse kan være et bedre utgangspunkt (Slettebø, 2009).

For at sykepleieren skal kunne sette seg inn i Gunnars opplevelse av hans livssituasjon, er hun avhengig av å skape en relasjon. Vi kommer derfor inn på nærhetsetikken, som omhandler relasjonen mellom to mennesker. Nærhetsetikken vektlegger jeg- og du relasjonen som påpeker at sykepleieren skal se på Gunnar som et medmenneske isteden for en pasient (Slettebø, 2009). Dette kan være av stor betydning for avgjørelsen som tas. Dette er noe både Travelbee (2011) og Martinsen (1993) omtaler i sine bøker. De har fokus på at sykepleier og pasient må bli kjent med hverandre som mennesker og ikke som rollene de bærer. Vi ser på dette som en utfordring da sykepleieren har et ansvar om å forholde seg profesjonelt til sin rolle. Vi forstår at det er viktig å ha en relasjon til Gunnar, men sykepleieren bør vel aldri tre ut av sin rolle? Her ser vi nødvendigheten av å knytte pliktetikken opp mot nærhetsetikken. Vi tolker det slik at sykepleieren kan møte på vanskeligheter da hun må forholde seg til sine plikter og utføre sitt arbeid profesjonelt, samtidig som hun har en relasjon til Gunnar. Vi oppfatter det som at sykepleieren i slike situasjoner bør bruke sitt faglige skjønn da hun prøver å skape en relasjon til Gunnar, og at hun selv vet hvor grensen mellom profesjonell relasjon og personlig relasjon går (Brinchmann, 2010).

4.2 Pasientens rett til en verdig død

Uttalelser som ”han har levd sitt liv”, kan ses i sammenheng med begrepet verdighet.

Travelbee (2011) omtaler verdighet som et begrep helsepersonell bruker flittig og snakker varmt om, men som man har vanskeligheter for å praktisere. Sykepleieren kan ubevisst danne seg et eget syn på hva verdighet er ut ifra sine egne verdier, holdninger og moral. Dette kan stride mot hva Gunnar selv opplever som verdifullt, noe som bidrar til at hans verdighet ikke blir bevart (Travelbee, 2011). Her ser vi klart at dydsetikken spiller en rolle, som handler om at sykepleieren har de personlige egenskapene som skal til for å møte Gunnar med gode holdninger, og utføre sitt arbeid på en korrekt måte ut i fra dette (Brinchmann, 2010).

Sykepleieren i caset vil kanskje begrunne sitt valg for å ikke gi HLR med at hun bidrar til at Gunnar får en naturlig og verdig død. Vi lurer på om dette kan ha noe persepsjon å gjøre? Persepsjon er oppfattelse av sanseinntrykk, bearbeiding av disse og hvordan vi reagerer på bakgrunn av dette. Både sykepleieren og Gunnar mottar sanseinntrykk gjennom hørsel, syn, lukt og så videre. Dette blir igjen tolket som en oppfattelse av hva den andre mener. Med dette mener vi at sykepleieren kanskje har oppfattet at Gunnar ikke ønsker å motta livreddende tiltak, mens han i realiteten kanskje ikke har sagt dette. Kanskje kan også Gunnar misoppfatte sykepleieren, ved at han tror at hun vet hva han vil (Håkonsen, 2010).

Sykepleierens kunnskaper om naturlig død kan være en mulig forklaring på hvorfor hun velger å avstå fra gjenopplivning. I yrkesetiske retningslinjer står det skrevet at ”Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død” (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2012, s. 10). Hvis sykepleieren handler ut i fra dette, kan man kanskje si at hun tar en riktig avgjørelse. At hjertet slutter å slå er naturens gang, en naturlig prosess som skjer med oss alle, da tiden er inne. Men da muligheten for hjelp er til stede, når er det greit å ikke hjelpe? Og når er tiden inne? Gunnar er en oppgående, selvstelt mann, som fysisk sett lever godt med sykdommene, men alderen jobber mot han. Han er 80 år gammel, og mange vil nok mene at en plutselig, uforventet hjertestans da er en ”fin” måte å dø på. I yrkesetiske retningslinjer står det jo at sykepleieren skal påse at pasienten ikke lider. Og da Gunnar faller om på gulvet er det reelt å tro at han ikke opplever smerte. Sannsynligheten for at sykepleieren tar utgangspunkt i ikke-skade prinsippet her, er stor, da hun ikke vil påføre han unødvendig lidelse. For vil en suksessfull gjenopplivning i etterkant føre til et smertefullt liv? (Slettebø, 2009) Muligheten er til stede, og er avhengig av tiden fra hjertestansen inntraff til hjelpen kom. Høybakk (2010) skriver at pasientens mulighet for å overleve, faller med 7-10 %

for hvert eneste minutt som går uten HLR. Kanskje er dette noe sykepleieren i caset tar med i vurderingen, da hun ikke vet hvor lenge Gunnar har ligget livløs på baderomsgulvet. Ved en gjenopplivning er det mulig at han oppnår god livskvalitet, uten å bli betydelig redusert, og kan leve livet slik han er vant til uten at hjertestansen påvirker han nevneverdig.

Hva er en naturlig død? Og hva er verdig? Det kan kanskje sies at en verdig død for en sengeliggende syk person er å sovne stille inn, smertefri, omgitt av familie og venner. For en eldre oppegående pasient, som Gunnar, vil kanskje en uforutsett hjertestans være en verdig død, da dette ofte blir begrunnet med at han ikke opplevde smerte, slapp sengeleie og ga seg mens han var ”på topp”. Selv om vi opplever sengeleie som et negativt ladet ord, er det ingenting som tilsier at sengeliggende pasienter ikke kan ha god livskvalitet. Vi har selv opplevd i våre praksisperioder, at mennesker som er sengeliggende kan være ved godt mot og se positivt på livet. En gjenopplivning med senkomplikasjoner som resulterer i for eksempel sengeleie kan kanskje anses som uverdig, da man i etterkant kan se at pasienten hadde sluppet unna med mye lidelse hvis han hadde fått lov til å dø (Slettebø, 2009). Travelbee (2011) skriver at alle sykepleiere en eller annen gang har kjent på skyldfølelsen da en pasient dør. Men slik vi ser det kan det også oppstå skyldfølelse i etterkant av en handling som redder et liv, der man virkelig har gjort alt og endt opp med et positivt utfall.

4.3 Sykepleierens plikt til å hjelpe

Sykepleieren i caset blir satt i en posisjon hvor hun må foreta en etisk vurdering. Dette bidrar til at vi da må se på begge sidene av vurderingen. Hun kan enten la være å gi HLR da hun mener at Gunnar er så gammel at han ikke ville kommet seg i etterkant, og dermed anser dette som en naturlig død. Likevel, forstår sykepleieren at hun har lover og retningslinjer som hun er pålagt å følge som tilsier at hun skal gi livreddende tiltak (Pasientrettighetsloven, 1999).

Mange vil i slike situasjoner ofte tenke at det er mest naturlig å følge de pliktene man vet at loven pålegger deg. Som nevnt tidligere, har vi spurt flere av helsepersonellet på et sykehjem her i kommunen om hva de hadde gjort i den situasjonen, og det er svært stor uenighet. De oppgir manglende retningslinjer som grunnen til dette. Helsepersonelloven (1999) pålegger helsepersonell å gi hjelpen som pasienten har rett på. Man plikter også å utøve arbeidet på en forsvarlig måte. Da betyr vel dette at man plikter å gi HLR dersom en pasient faller om, uavhengig av alder? Men på en annen side sier yrkesetiske retningslinjer at man som sykepleier skal bidra til at pasienten får en naturlig og verdig død. Som vi har nevnt angående verdighet tidligere, setter vi spørsmålsteget til om det er verdig å gjenopplive Gunnar på 80 år som man vet kan få problemer med å gjenvinne god funksjon dersom han skulle overleve? (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2012).

Som sykepleier og en del av helsevesenet har man lovpålagte arbeidsoppgaver, og det at man skal gi pasienter helsehjelpen de har behov for, er en viktig del av dem (Pasientrettighetsloven, 1999). Ville det vært riktig av sykepleieren i caset å gi HLR fordi hun plikter det? Uavhengig av resultatet av de livreddende tiltakene, ville hun jo hatt en lov som underbygde de handlingene hun utførte. Kanskje er dette en av grunnene til at helsepersonell starter gjenopplivning selv om de selv mener det er galt. Det vil vel alltid være vanskeligere å forsvare seg med etisk teori, fremfor lover og regler. De står der svart på hvitt, og er i utgangspunktet laget for at de skal være umulig å mistolke. I tillegg til å ha sin egen rygg fri fra mistanke om svikt i kunnskap, har man også muligheten til å fortelle pårørende at man gjorde alt man kunne for å redde livet til deres kjære. Yrkesetiske retningslinjer (2012) omtaler jo nettopp det at sykepleieren skal påse at pasienten får den helhetlige hjelpen og omsorgen som man trenger, og dersom livreddende tiltak er gitt, har man gjort det man kan for å hjelpe pasienten (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2012).

Det vi nå omtaler angående lover og regler, kan vi knytte opp mot pliktetikkk. Dersom sykepleieren i caset hadde valgt å gi livreddende tiltak, hadde hun handlet ut ifra det hun anså som sin plikt. Dette vil derfor være et valg som er basert på sykepleierens menneskelige fornuft. Da sykepleieren velger å ikke gi HLR er det å handle ut fra konsekvensetikken. Her bryter hun med pliktetikken fordi hun etter en vurdering ser at konsekvensene av å ikke gi livreddende tiltak er verdt det (Brinchmann, 2008).

Pasientrettighetsloven (1999) nevner at pasienten har rett på å få utformet en individuell behandlingsplan. Vi tolker dette som noe Gunnar har rett på, uanhengig om han er på sykehus eller sykehjem. En behandlingsplan har mange likheter med et livstestamente. Et livstestamente er et dokument som inneholder informasjon om hvilke tiltak som skal gjøres mot slutten av livet, og en behandlingsplan tar for seg hvilken behandling pasienten skal motta i sitt sykdomsforløp (Slettebø, 2009). I Nordtvedts (2010) artikkel *Livstestamente og pasientens vilje* står det at livstestamente faktisk ikke er en rettighet her i Norge. Det viser seg også at mange i helsevesenet ikke ser nødvendigheten med et livstestamente da de mener at lege og sykepleier er i stand til å kunne ta en faglig og etisk vurdering på vegne av pasienten. I andre land finnes det lover som tilsier at pasienten har rett å bestemme dette selv, og at pasientens vilje skal respekteres. Nordtvedt (2010) stiller derfor spørsmålsteget til hvorfor dette ikke er en rett i et så fritt land som Norge. Bør man ikke ha retten til å bestemme selv hvordan livet skal være og hvordan det skal ende?

Den etiske vurderingen som rettes mot det juridiske ansvaret hos sykepleiere, støtter oppunder Travelbees (2011) teori, der hun nevner at eldre mennesker har like mye rett til å få leve som yngre mennesker. Dette bygges oppunder av at lover faktisk tilsier at HLR skal gis uavhengig av alder, dersom ikke noe annet er oppgitt. Det er jo ikke satt en aldersgrense på HLR, selv om mange i helsevesenet mener at eldre mennesker skal få dø da "tiden er inne" (Travelbee, 2011). Vi ser at det kan være lett for helsepersonell å danne sine egne meninger rundt dette, og kanskje kan det være et resultat av manglende retningslinjer. Vi har nå funnet to forskjellige retningslinjer, og vi kan forstå at det er vanskelig for helsepersonell å forholde seg til disse, da de ikke er entydige og man ikke vet hva som er overordnet. Både i retningslinjene til *Institutt for Helse og Samfunn* (2010) og i kriteriene som Markestad (2003) nevner, blir det vektlagt at pasienten skal være døende. Markestad (2003) vektlegger at pasienten og pårørendes ønsker skal bli ivaretatt. Slik vi tolker det, er ikke dette fokus i kriteriene UiO

omtaler, som er mer opptatt av sykdomsbildet til pasienten og mulighet for langvarig effekt av HLR, i stede for ivaretagelse av pårørende (Institutt for helse og samfunn, 2010).

4.4 Hva kunne blitt gjort annerledes i denne situasjonen?

Et spørsmål vi har stilt oss underveis i denne oppgaven, er hva sykepleieren kunne gjort annerledes i forkant for å unngå å måtte ta en avgjørelse på vegne av Gunnar. Slettebø (2009) skriver at et livstestamente kan være et viktig hjelpemiddel. I artikkelen *Patient information: advance directives* (2013), blir livstestamente forklart som et dokument som omtaler hvilken medisinsk behandling pasienten ønsker eller ikke ønsker, dersom han i fremtiden ikke skulle vært i stand til å ta en slik avgjørelse. Artikkelen tar for seg flere typer livstestamenter, men vi velger i vår oppgave å rette fokus mot det de kaller ”living will”. Dette handler om spesifikke behandlingsmetoder man ikke ønsker å motta. En spesiell form for ”living will” blir også kalt ”DNR” (do not resuscitate), altså HLR minus. I dette livstestamentet er det på forhånd bestemt av pasienten selv at han ikke ønsker livreddende behandling. Artikkelen anbefaler alle mennesker å ha et livstestamente, men spesielt de over 65 år, og de som lider av en alvorlig eller kronisk sykdom (Martin et al., 2013).

Slettebø (2009) derimot, er noe uenig i dette. Hun mener at det ikke er tilstrekkelig med kun et livstestamente hos kronisk syke. Vår erfaring sier at mange pasienter på sykehjem har en kronisk sykdom og ifølge Slettebø (2009) vil disse pasientene være dårlig kvalifisert til å ha et livstestamente. Hun begrunner dette med at kronisk syke ofte forandrer mening underveis, og at mange eldre på grunn av kognitiv svekkelse ikke forstår hva et livstestamente innebærer. Hun skriver at det på grunn av dette vil være lønnsomt, i tillegg til et livstestamente, å ha en samtale ved innkomst med pasient og pårørende hvor døden er et viktig tema.

Grunnen til at vi velger å rette så stort fokus mot pasientens ønske om livstestamente, er fordi vi ser at det er en del uklare meninger om dette temaet. Det er pasientens liv, og vi stiller da spørsmålsteget ved om det også da bør være pasientens valg å ta avgjørelser rundt sin egen død. Allikevel ser vi at helsepersonell trosser dette og tar avgjørelser for pasienten. I artikkelen *Ethical issues near the end of life* (2012) blir det sagt at helsepersonell i en årrekke har trodd at de hadde retten til å ta avgjørelser på vegne av pasienten og begrunnet dette med at de hadde den faglige kompetansen til å vite hva som var best for pasienten (Gillick, 2012). Men hvor blir det da av begrepene som selvbestemmelse og autonomi? Vi tolker det som at

helsepersonell da har tatt utgangspunkt i sitt moralske ansvar, som Kari Martinsen (1993) omtaler som å handle til andres beste. Det blir igjen vektlagt i artikkelen at man skal kunne få bestemme over sitt eget liv, og da betyr vel det både liv og død. Derimot, kommer det frem at mange pasienter ikke ønsker å ta avgjørelse angående behandling ved alvorlig sykdom eller livets slutt. Årsaken kan være at de ikke vet hva de ønsker, eller at kognitiv svekkelse bidrar til lite forståelse (Gillick, 2012).

Når vi omtaler inkomstsamtalen med døden som et viktig tema, ser vi at også dette kan by på en del problemer. Pasienter med kognitiv svekkelse vil ha vanskeligheter med å uttrykke ønsker rundt egen sykdom og død. Vi ser derfor at mange sykepleiere da kanskje vil kunne utelukke dette temaet i inkomstsamtaler. På grunn av dette setter vi spørsmålstegn til om rettferdighetsprinsippet blir tatt i betraktning, da pasienter med forskjellig kognitiv funksjon blir behandlet ulikt. Rettferdighetsprinsippet handler om at pasienter skal bli behandlet likt, tross individuelle forskjeller. Da vi snakker om at pasienter skal bli behandlet likt, betyr dette at de alle har krav på behandling av like god kvalitet, tross ulikheter (Brinchmann, 2008). Vår erfaringskunnskap viser at autonomien til pasienter med god kognitiv funksjon blir bedre ivaretatt enn hos pasienter med kognitiv svekkelse. Vi har i praksis sett hvor viktig det er at sykepleieren tar vare på pasientens autonomi i hverdagen. Dette kan være småting, som hva de vil ha på brødskiva eller hvilke klær de vil ha på seg. Dette vil gjøre at pasientene føler kontroll over eget liv gjennom selvbestemmelse. For enkelte ser vi at hverdagslige avgjørelser kan by på problemer, og det vil derfor være utfordrende for sykepleieren da man skal få frem pasientens synspunkter på et så viktig tema som liv og død (Slettebø, 2009).

Dersom en inkomstsamtale med døden som tema blir aktuelt, ser vi at det kanskje vil være nødvendig å ha et dokument som underbygger Gunnars ønsker. Nortvedt (2010) derimot omtaler i sin artikkel at det ikke finnes overordnede dokumenter som pasienter kan fylle ut i samråd med lege og sykepleier. Dette er derfor noe enhver enhet må ta ansvar for selv. Mangelen på slike dokumenter bidrar kanskje også til at dette tema ofte er bortglemt ved inkomst. Da det ikke eksisterer, er det vel heller ikke noe å tenke på? Nortvedt (2010) nevner videre i sin artikkel, at dersom mennesker i Norge vil ha et livstestamente, kan man melde seg inn i Foreningen Retten til en verdig død. Foreningen tar for seg viktigheten av at mennesker skal få dø på sine egne premisser uten at helsepersonell skal kunne ta avgjørelsen for dem. Problemet oppstår allikevel, da det viser seg at disse livstestamentene ikke er bindene, og

helsepersonell kan selv bestemme om livstestamentet skal tas hensyn til i en akutt situasjon som for eksempel hendelsen i caset (Nortvedt, 2010). Vi tenker det derfor at slike dokumenter bør være overordnet hvis de i det hele tatt skal eksistere, for hva er grunnlaget for å ha det hvis legen allikevel kan overkjøre pasientens ønske? Dette ønsker vi å knytte videre opp mot samtykkekompetansen, fordi den ikke bare omhandler at man skal være i stand til å ta egne avgjørelser, men også at man skal samtykke til helsehjelpen før den gis. Dette tolker vi som at sykepleieren ikke kan verken gi eller avstå fra helsehjelp med mindre Gunnar har samtykket til det. Dersom Gunnar for eksempel har uttrykt et ønske om å få dø, blir det vel ikke rett om sykepleieren gjør det motsatte av hans ønske fordi hun mener den fysiske tilstanden er god nok til å klare det? Her er det derimot motsigende lover og retningslinjer, da helsepersonelloven plikter sykepleiere til å gi pasientene hjelpen de trenger, mens yrkesetiske retningslinjer (2012) og FN's erklæring om døendes rettigheter (1999) tilsier at man skal bidra til en verdig og naturlig død. Hvilken retningslinje veier tyngst? Eller skal lover legges til side for å kunne respektere pasientens ønske? Det er vel sistnevnte som ivaretar pasientens autonomi, noe vi tolker som en viktig del av sykepleierens ansvar (Slettebø, 2009).

Som nevnt tidligere i oppgaven, undersøkte vi om det fantes noen prosedyre i forhold til HLR minus på sykehjemmet vi besøkte. Her kom det frem at det hadde eksistert en prosedyre som inkluderte døden som et tema i inkomstsamtalen. Dette ble i senere tid fjernet av *Pårørendeforeningen*, da de mente at det var et svært følsomt tema og at pasientene ikke ønsket å snakke om det. Vi tolker det derimot som at dette kan være ønske til noen, men ikke alle. Er det da rett å fjerne det fra prosedyren? Og hvor mye skal vi la pårørende bestemme? Som Slettebø (2009) har nevnt, vil den type samtaleemne være svært viktig i en inkomstsamtale, da det gir sykepleieren et inntrykk av hva pasienter som Gunnar ønsker, og hans ønske er det som skal veie tyngst. Per Fugelli forteller i NRK- dokumentaren at mennesker generelt synes det er vanskelig å snakke om døden, men at dette er et behov for de fleste. Vi knytter dette derfor opp mot helsepersonell som vi mener bør ha evnen til å kunne snakke om døden, da mange pasienter har behov for det. Fugelli omtaler døden som det ”forbudte ord” og at det omtrent er tabu å snakke om temaet her i landet. Han mener at fokuset i norsk helsevesen er å redde, gjenvinne og helbrede og dette medfører at døden blir et nedprioritert samtaleemne (Aarhus, 2013).

Slik som vi tolker det, vil innkomstsamtale på et sykehjem være sykepleierens ansvar, da hun er den overordnede på vakt og lege kun er til stede en gang i uka. Da det kommer til denne typen informasjon til pårørende, vil de kanskje reagere på en annen måte enn Gunnar selv og ha vanskeligere for å håndtere det. Vår erfaring viser at mange pårørende ofte kan snakke litt over pasienten og fokusere på deres egen mening fremfor pasientens. Yrkesetiske retningslinjer (2012) vektlegger at dersom det skulle vært en interessekonflikt mellom Gunnar og hans pårørende, vil det være Gunnars ønske som skal tas hensyn til. Derimot, kan det fort bli problematisk om han ikke ønsker å snakke om det. Da vil man stå på bar bakke og egentlig ikke vite hva han tenker og føler rundt sin egen død, eller om han i det hele tatt tenker på det. I slike situasjoner, vil det kanskje derfor være viktigere å fokusere på relasjonen mellom sykepleieren og Gunnar. Her kommer Martinsens (1993) tolkning av nærhetsetikken inn. Hun mener at sykepleieren bør bruke tiden på å bli kjent med Gunnar og skape et trygt og tillitsfullt bånd dem imellom. Man vil jo ha lettere for å snakke om sine tanker og følelser med noen man kjenner og stoler på (Martinsen, 1993).

5. KONKLUSJON

Da vi har lest gjennom pensumbøker med relevans til vårt tema, funnet forskning og annen egenvalgt litteratur som omhandler HLR minus, har vi nå kommet frem til en konklusjon. Vi startet oppgaven med å presentere vår problemstilling. *Hvilket ansvar har sykepleieren i forhold til HLR minus i sykehjem?*

Vi sa ganske tidlig i oppgaven at det var manglende retningslinjer rundt HLR minus, og helsepersonell vi har vært i kontakt med har uttrykket sin misnøye i forhold til dette. Vi har funnet to forskjellige retningslinjer, men disse gir oss allikevel ikke et godt svar på hva som er gjeldende hvis enheten du jobber for ikke har lokale retningslinjer. Vi ser derfor at ansvaret til sykepleieren i forhold til HLR minus er uklart da hun ikke har noe konkret og forholde seg til. Hun har derimot et faglig ansvar, som innebærer kunnskap, ferdigheter og kompetanse (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2012). Sykepleieren i caset blir dermed satt i et etisk dilemma på grunn av manglende retningslinjer. Et etisk dilemma oppstår da man må velge mellom to valgmuligheter, der begge utfall er ønskelig eller ikke ønskelig (Slettebø, 2010). I caset ser vi at sykepleieren ønsker å redde Gunnar, men også gi han en naturlig og verdig død. Her ser vi det etiske dilemmaet.

Vi har sett på hva sykepleieren eventuelt kunne gjort i forkant, for å unngå et etisk dilemma. Vi har skrevet en del om livstestamente, som vi trodde var en enkel løsning på problemet. Etter å ha satt oss mer inn i det, har vi oppdaget at dette nødvendigvis ikke er en god løsning. Forskning og pensumlitteratur går litt mot hverandre, spesielt i forhold til dette med høy alder og kronisk sykdom. Siden flertallet av pasientene på et sykehjem er eldre og lider av en kronisk sykdom, har vi kommet frem til at et livstestamente ved inntak ikke bør prioriteres av sykepleieren. Eksisterer det allerede et livstestamente før inntak, skal dette straks vurderes som gjeldene eller ikke.

I stedet, eller som i tillegg til eksisterende testament, mener vi at døden bør være et tema under inntakssamtalen. Pårørende synes i noen tilfeller kanskje at dette er vanskeligere å snakke om enn pasienten selv. Dette må tas hensyn til, men det er allikevel viktig å få frem pasientens ønsker og tanker rundt døden. I yrkesetiske retningslinjer kommer det tydelig frem at dersom det skulle oppstått en interessekonflikt mellom pasient og pårørende, er det alltid pasientens ønske som skal veie tyngst (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2012). Derfor mener vi at det må

være sykepleierens ansvar å påse at dette er en del av inntakssamtalen. Kan ikke pasienten gjøre seg forstått vil pårørende være en viktig informasjonskilde, men det krever også at sykepleieren tar ansvar for å bli kjent med pasienten, ved å skape en relasjon. Sammen med informasjon fra pårørende og sykepleierens oppfattelse av pasientens ønsker, vil det være lettere å ta en avgjørelse hvis dette ble nødvendig.

Oppsummert, har vi funnet ut at det er lite fokus på HLR minus i sykehjem, og mangelen på kunnskap om temaet er fremtredende. Vi konkluderer derfor med at alle sykehjem bør ha klare retningslinjer rundt HLR minus, dette vil bidra til å avklare sykepleierens ansvar. Sykepleieren har også ansvar sammen med annet helsepersonell å tilegne seg kunnskap om pasienten og hvilke ønsker han har. I tillegg har sykepleieren ansvar for å bruke sin pedagogiske funksjon ved å informere og spre sin kunnskap om HLR minus til annet helsepersonell.

Referanseliste

*Aarhus, A. (Regi). (2013). *Døden, skal vi danse? Med Per Fugelli*. [Dokumentar] Visions AS (Produsent). Oslo: Norsk Rikskringkasting. Lokalisert på:

<http://tv.nrk.no/program/koid75003912/doeden-skal-vi-danse-med-per-fugelli>

Brinchmann, B. S. (2010). De fire prinsippers etikk. I B.S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2. utg., s. 92). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brinchmann, B. S. (2010). Dydsetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*.(2. utg., s. 133-148). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brinchmann, B. S. (2010). Nærhetsetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*.(2. utg., s. 116-131). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brinchmann, B. S. (2010). Pliktetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*.(2. utg., s. 55-66). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brodtkorb, K. (2010). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 320-332). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2011). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Gillick, M.R. (2012) *Ethical issues near the end of life*. Lokalisert på:

http://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-near-the-end-of-life?source=search_result&search=ethical+issues&selectedTitle=1%7E86#H30036538

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 (2012) Lokalisert på:

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (1999) *Livshjelp* (Norges offentlige utredninger [NOU] 1999: 2) Lokalisert på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/6.html?id=141466>

*Henderson, V.A. (1998). *Sykepleiens natur: Refleksjon etter 25 år.* (s.13). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Høybakk, J. (2010). Sykepleier til pasienter med hjertesykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3, klinisk sykepleie* (1. utg., s. 165-170). Oslo: Akribe AS.

Håkonsen, K.M. (2010). *Innføring i psykologi.* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kellum, J.A. & White, D. B. (2012). *Ethics in the intensive care unit: Withholding and withdrawing life-support.* Lokalisert på:

http://www.uptodate.com/contents/ethics-in-the-intensive-care-unit-withholding-and-withdrawing-life-support?source=search_result&search=Do+not+resuscitate&selectedTitle=3%7E39

*Markestad, T. (2003) HLR minus og behandlingsunntatelse. *Tidsskrift for den norske legeforening.* Lokalisert på:

<http://tidsskriftet.no/article/917628>

*Martin, K.A., Villalba, C., Corliss, J., Crowley, K., Elbaum, D.A., Long, G.J., ... Zieman, M. (2013). *Patient information: Advance directives (The Basics)* Lokalisert på:

http://www.uptodate.com/contents/advance-directives-the-basics?source=search_result&search=advanced+directive&selectedTitle=3%7E41

*Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup, om etikk og sanselighet i sykepleien.* (s. 29-182). Otta: Egners Boktrykkeri AS.

Mensen, L. (2010). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten.*(s. 51-68). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Norsk Sykepleierforbund (2012) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert den på:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Nortvedt, P. (2010). *Livstestamente og pasientens vilje*. Lokalisert på:
http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/vis/etikk?p_document_id=537171

*Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2013) Lokalisert på:
<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>

*Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4-9. (2013) Lokalisert på:
<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-004.html#4-9>

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slettebø, Å. (2010). Ethiske dilemmaer. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2. utg., s. 42-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sneltvedt, T. (2010). Konsekvensetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (2. utg., s. 67-77). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (s. 17-179). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*UiOs institutt for helse og samfunn (2010). *Retningslinjer for å avstå fra hjerte-lunge-redning (HLR minus)* Lokalisert på:
<http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/helsejuss/dokumenter/retningslinjer.html>

Sammendrag

HLR minus er temaet for denne oppgaven. Bakgrunnen er at vi i løpet av disse tre årene som sykepleierstudenter har sett at HLR minus ofte blir brukt i sykehus. Vi har derimot aldri hørt snakk om dette på sykehjem. Dette fikk oss til å lure på om det i det hele tatt eksisterte retningslinjer rundt HLR minus i sykehjem. I så fall, hva er sykepleierens ansvar? Vi opplever at det er generelt lite kunnskap om HLR minus, og sykepleierens ansvar rundt dette blir da også noe uklart. HLR minus har i lengre tid vært et nedprioritert tema, men har i senere tid blitt tidsaktuelt. Vårt hovedfokus har vært å prøve å finne ut av hvilket ansvar sykepleieren har i situasjoner der HLR minus er aktuelt.

Som et viktig hjelpemiddel for å belyse dette temaet har vi valgt å benytte oss av et case, som vi drar med oss gjennom oppgaven. Vi har valgt å se oppgaven i et etisk perspektiv, og caset omhandler en sykepleier som står i et etisk dilemma. Vi har sett på valgene sykepleieren i caset tar, hvilke valg hun kunne tatt, og hva som eventuelt kunne vært gjort i forkant for ikke å havne i et etisk dilemma. Vi har drøftet ulike etiske teorier opp mot lovverk og retningslinjer, for å belyse vår problemstilling og kunne komme frem til en mulig konklusjon. Oppgaven er basert på pensumlitteratur og 437 sider egenvalgt litteratur. Den egenvalgte litteraturen består av tre forskningsartikler og en fagartikkel, samt lover og retningslinjer.

Summary

DNAR is the subject of this thesis. During these three last years as nursing students, we have seen that DNAR is frequently used in hospitals. We have however never heard of this subject in nursing homes. This made us wonder if it at all existed guidelines on DNAR in nursing homes. What is the nurse's responsibility? We find that there is generally little knowledge of DNAR, and the nurse's responsibility around this becomes too vague. DNAR has long been a forgotten topic, but has recently become more featured. Our main focus has been to try to figure out what the nurse's responsibility is in situations where DNAR is used.

As an important tool to put focus on this issue we have chosen to take advantage of a case, which we have chosen to use through the whole thesis. We have chosen to see the thesis in an ethical perspective, and the concerns the nurse have, who is in an ethical dilemma. We have looked at the choices the nurse is making, the choices she could have chosen and what she could have done in advance in order not to fall into an ethical dilemma. We have discussed various ethical theories against laws and guidelines, to illuminate our problem and be able to arrive at a possible conclusion. The thesis is based on the syllabus and 437 pages of self selected literature. The self selected literature consists of three research papers and an academic article, as well as laws and guidelines.