



Fra prinsipper til praktiske løsninger av etisk dilemma

Av Åshild Slettebø, autorisert sykepleier/dr.polit. - se omtale s. 4 og

Tove Giske;

Tove Giske er autorisert sykepleier og har praksis fra medisinsk avdeling, Hospitalet Betanien i Bergen. Siden 1985 har hun arbeidet som høyskolelærer og senere lektor ved Diakonissehjemmets høyskole i Bergen. Hun tok cand. polit. graden i sykepleievitenskap i 1992. Nå er hun stipendiat ved Diakonissehjemmets høyskole, avdeling for grunnutdanning i sykepleie mens hun arbeider med sin doktorgrad tilknyttet Seksjon for Sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen. Fokus for doktorgradarbeidet er pasienter som er innlagt på sykehus til utredning og venter på å få en diagnose. Hun har hatt ulike verv i KFSS siden starten i 1982, som leder 1987 - 91 og som redaktør for medlemsbladet for KFSS fra 1996 ttd. Hun har vært med i NCFI Europakomiteen fra 1986 til 1994, derav 4 år som leder. Hun er nå med i NCFI International board og er Europa sin representant i Standing Committee.



I denne artikkelen vil vi drøfte hvordan vi kan arbeide oss fram til løsninger på etiske problemer vi møter i praktisk sykepleie. Vil vi bruke et case om en kvinne med aldersdemens som eksempel. Caset er som følger:

En 75 år gammel enke (kvinne) blir lagt inn på medisinsk avdeling på grunn av nedsatt allmenntilstand. Kvinnen er dement og hun trenger hjelp til en del stell. Dersom ingen mater henne, spiser hun ingen ting. Ved måltidene viser hun ofte motvilje mot å spise og pleierene er usikre på om hun vil ta til seg næring. Kvinnens datter insisterer på at moren må få mat.

Dette caset er det mest kompliserte av de to som presenteres i denne artikkelen, og den situasjonen som sykepleiere kan kjenne seg igjen i fra både hjemmesykepleie, sykehjem og sykehus. Det er mange forhold vi må ta i betraktning i drøftingen av hvordan vi best kan forholde oss til denne kvinnen som er sterkt avmagret og som ofte viser motvilje mot å ete. Caset har få opplysninger om kvinnen, slik det ofte er når pasienter blir innlagt på sykehus. Forhold vi må få mer opplysninger og kunnskap om for å kunne komme videre i vurderingen av hvordan vi skal forholde oss i matesituasjon er for eksempel:

- Hvordan er kvinnens mentale, psykiske og nevrologiske reaksjoner. Forstår hun situasjonen og kan hun gi uttrykk for det hun mener?
- Hva er gjort av fysisk og mental vurdering av pasienten så langt?
- Pårørende som har kjent pasienten over lang tid blir viktige. Har mora endret holdning til å spise i det siste, hvor lenge har dette vært et problem og hva kan det være et uttrykk for?
- Kontakte hjemmesykepleien eller sykepleiere på sykehjemmet som kjenner

henne fra før og høre deres vurdering av henne.

- Drøfte med kollega og høre deres erfaringer og vurderinger av situasjonen.
- Hvilke retningslinjer har vi å forholde oss til i etikk og lovverk?

Fjelland og Gjengedal (1995: s. 160-168) presentere en løsningsmodell som går fra prinsipper til konkrete situasjoner. Denne modellen kan hjelpe oss til å komme fram til gode handlingsvalg i etiske situasjoner. Modellen har disse 5 punktene:



1. *Identifisere og avgrense det sentrale problemet*
2. *Samle flest mulig relevante fakta*
3. *Identifisere relevante verdier*
4. *Avgjør hvilket prinsipp som bør ha forrang i situasjonen*
5. *Avgjør hvilke av de involverte parter man bør ta mest hensyn til*

Identifisere og avgrense det sentrale problemet

Er dette et etisk og moralsk problem i utgangspunktet eller er det et problem basert på kommunikasjonssvikt og (feil)tolkninger av pasienten? Det første som er viktig når man er overfor det man mener er et etisk dilemma, er faktisk å fastslå hva som er kjernen i problemet. Er det et etisk dilemma eller er det en situasjon som viser seg å ha andre bakenforliggende årsaker som kan løse problemet ved andre midler? På nåværende tidspunkt er det vanskelig å fastslå hva som er det sentrale problemet. Vi trenger mer informasjon.

Samle flest mulig relevante fakta

I denne situasjonen med kvinnen som nekter å ta til seg mat er det

viktig å fastslå om kvinnen har gitt uttrykk for ønsker vedrørende mulige tilstander i senere faser av livet, på et tidligere tidspunkt. Har kvinnen skrevet under på Mitt livstestamente der hun kan ha gitt uttrykk for vilje til ikke å bli "overbehandlet" i en eventuell dement tilstand? Det vet vi ikke noe om i dette tilfellet og går derfor ut fra at så ikke er tilfelle. Hun kan likevel ha gitt uttrykk for ønske om å slippe å bli tvunget til behandling og pleie på et tidligere tidspunkt i livet. Vi har ingen holdepunkter for dette i caset og vi må forholde oss til de fakta vi faktisk har pr. i dag. Det er at kvinnen alene ikke er i stand til å ta til seg ernæring og væske på tilfredsstillende vis. I tillegg vet vi at hun til tider viser motstand mot å spise. Dette kan bero på flere forhold. Det kan være at demenstilstanden er så langt kommet at pasienten har problemer med å forholde seg til en spisesituasjon og at hun ikke kobler mat sammen med det å være sulten. Hun kan ha mistet forholdet til mat som nødvendig del av livet. Hun innser ikke nødvendigheten av å spise for å opprettholde livet. At hun

viser motvilje mot å spise behøver ikke bety at hun dermed ønsker å avslutte livet.

Det kan være andre forhold, at mat fører til smerte eller ubehag for henne. Tannstatus og forhold i munnhulen kan være plagsomme og føre til at hun ikke vil spise. Dette må sjekkes ut før man tar en beslutning om hvordan man skal forholde seg til pasienten i den videre pleie.

Er pasienten nedfor eller deprimert? Uttrykker hun f.eks. til tider at hun føler seg til bryderi eller at hun ikke ønsker å leve lenger?

I dag har vi ikke et lovverk som tillater tvangsbehandling av

demente personer, verken i hjemmesykepleie eller på sykehjem / sykehus. Det er altså ingen hjemmel som gir grunnlag for at man kan tvinge i pasienten mat når hun motsetter seg mating. Lovverk og etiske retningslinjer er også faktagrunnlag som må tas med i betraktning når man skal vurdere hvilke tiltak som kan eller bør iverksettes for demente pasienter.

Det står at kvinnen ofte viser motvilje mot å spise.

Det innebærer at det er ikke alltid. Er det noen spesielle

Er pasienten nedfor eller deprimert? Uttrykker hun f.eks. til tider at hun føler seg til bryderi eller at hun ikke ønsker å leve lenger?



situasjoner der hun viser mer motvilje enn andre situasjoner? Er det spesiell mat hun reagerer negativt eller positivt på? Er det spesielle pleiere som gjør at hun nekter eller godtar spising? Kan det være at noen få pleiere kan få ekstra godt kjennskap til pasienten som gjør at pasienten blir tryggere og derved spiser frivillig?

Identifisere relevante verdier

Vi har flere verdier som er viktige i denne situasjonen. Først og fremst har vi respekten for pasientens liv og egenverd som vi finner i yrkesetiske retningslinjer. Dertil har vi pasientens rett til å være medbesluttende (være med i beslutninger som handler om hennes liv?) som er en verdi både i yrkesetiske retningslinjer og som er en rettighet som pasientene har etter pasientrettighetsloven. Når pasienten ikke er fullt ut i stand til å ivareta sine interesser, er pasientens pårørende den som skal være delaktig i pleien (i denne situasjonen er hun ikke med i pleien av moren. Er det dette begrepet som blir brukt i loven? Handler det ikke mest om å være med å ta beslutninger i forhold til behandling og pleie?), ifølge pasientrettighetsloven. I vårt tilfelle er pasientens datter opptatt av at moren må få i seg mat. I forhold til kvalitetsforskriften for sykehjem (i kraft 1. juli 2003 Pasienten er på

sykehus nå. Vil denne gjelde der også?) har pasienten rett til å få dekket fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke) og pasienten har rett til ikke å gå rundt og lide på grunn av sult. Dette er en del av respekten for pasientens liv. Denne respekten er en grunnleggende verdi i møte med alle pasienter.

Avgjør hvilket prinsipp som bør ha forrang i situasjonen

Vi regner med fire hovedprinsipper innen biomedisinsk og sykepleiefaglig etikk (Beauchamp & Childress, 1994):

autonomiprinsippet, velgjørenhets- og ikke-skade-prinsippene og rettferdighetsprinsippet.

Autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet er to pliktetiske prinsipper, mens de to øvrige er konsekvensetiske prinsipper.

Ifølge autonomiprinsippet skulle kvinnen ha rett til å få sine valg fulgt opp. Men det forutsetter at kvinnen er i stand til å gjøre autonome valg ut fra en kompetent vurdering. Det er et spørsmål i dette caset om så er tilfelle. Hun er dement og vil sannsynligvis ha redusert samtykkekompetanse i helsemessige spørsmål. På den annen side vet vi ikke om hun har fått formynder eller verge eller om hun har opprettholdt retten til å fatte beslutninger på egne vegne. Det har noe å si i forhold til å vurdere

autonomiprinsippet. Samtidig vet vi at pasienter som har verge i økonomiske spørsmål, så er ikke vergen dermed berettiget til å ta avgjørelser på andre områder i pasientens liv. I dette tilfellet måtte vi altså gjøre en vurdering av hvor kompetent pasienten egentlig er til å gjøre så viktige valg som det å nekte å spise faktisk kan være. For å kunne ta autonome avgjørelser er det viktig at pasienten: er kompetent, tar konsistente avgjørelser, har fått adekvat (tilpasset) informasjon og er fri fra ytre press (Slettebø, 2002). Konsistente avgjørelser innebærer at pasienten tar valg som stemmer overens med livssyn og generelle holdninger ellers, og at avgjørelsene ikke er preget av vilkårlighet. Denne kvinnen har nedsatt alsmentilstand som gjør henne slapp og kraftløs. I slike situasjoner kan livet kjennes tyngre og pasienten får ofte mindre tiltak og livslyst.

Ut fra en tankegang om at man har ulike aspekter av autonomi (Slettebø, 2002) så vil man kunne "overkjøre" (sette til side – et bedre uttrykk???) pasientens øyeblikkelige autonomi dersom det bidrar til å fremme hennes autonomi på lang sikt. Slik sett kan man si at pasientens øyeblikkelige ønske om ikke å spise vil kunne ødelegge hennes mulighet til å ta valg senere i livet fordi hun står i fare for å sulte i hjel. Likeså er respekten for pasientens autentiske autonomi et uttrykk for at pleierne får pasienten til å spise fordi dette er mest uttrykk for den livsholdning



pasienten har lagt for dagen tidligere i livet.

Rettferdighetsprinsippet kommer ikke spesielt mye inn i dette tilfellet?

Det avgjørende ved dette prinsippet er at like tilfeller skal behandles likt og at det bare skal skje forskjellsbehandling ved relevante forskjeller, som for eksempel sykdommens alvorlighetsgrad og kost-nyttvurderinger. Kvinnen har en alvorlig diagnose hvor sykdommen tydelig har utviklet seg til en grad der kvinnen er berettiget omsorg og pleie og at noen gir henne dette ut fra hennes grunnleggende rettigheter og behov.

Velgjørenhetsprinsippet er et aktivt prinsipp der man skal søke å gjøre det beste for pasientene og aktivt søke å bidra til at pasienten får et bedre liv. Ikke-skade-prinsippet er et mer passivt prinsipp som sier at man skal unngå å gjøre skade på pasienten unntatt når dette er nødvendig for å ivareta andre overordnede prinsipper (for eksempel gi sprøyte som påfører huden skade, men som kan redde liv på sikt). Velgjørenhetsprinsippet kommer til anvendelse i denne situasjonen da kvinnen selv ikke kan ivareta sine interesser på fullgod måte og har således et krav om å bli ivaretatt og gitt nødvendig omsorg. Pleierne kan vise pasienten respekt og verdighet i måten de mater pasienten på. At pasienten sitter godt i sengen eller ved et bord, at det er en hyggelig atmosfære der

pasienten får små delikate porsjoner av mat hun liker og at pleieren som mater henne følger pasienten rytme i måltidet er alt et uttrykk for valgjørenhet.

Kari Martinsen gjør en viktig vurdering av at omsorg kan innebære bruk av svak paternalisme, det vil si at pleiepersonalet bestemmer og avgjør for pasienten ved tilstander der hun selv ikke er fullt ut i stand til å ivareta sine interesser, som for eksempel ved aldersdemens. Martinsen sier at det er viktig å være klar over balansegangen mellom *formynderi* og *unnlattelsessynder* der man enten tar over for mye av pasientens eget ansvar eller unnlater å gjøre noe av likegyldighet eller feilvurdering av "respekt" for autonomiprinsippet. Martinsen sier:

En god situasjonsforståelse er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi hvor omsorgsyter overtar for mye av ansvaret for den hjelpetrengende, og respekten for menneskets selvbestemmelse som kan føre til unnlattelsessynder. Situasjonsforståelsen og det personlige engasjement gjør at bånd knyttes til andre. Hvem som helst kan være min neste, men ved at bånd knyttes til andre blir den enkelte uerstattelig (Martinsen, 1991: s. 16).

Det er vanskelig å si hvilket prinsipp som skal ha forrang når man gjør en

vurdering av en situasjons etiske problem. I det foreliggende tilfelle ville vi nok ta mest hensyn til valgjørenhetsprinsippet ut fra en tankegang om at pasientens autonomi ikke er fullt ut representert i det hun viser i situasjonen. Hun er ikke kompetent til å forstå alle konsekvenser av sin handling og dette betyr at andre må være delaktige i avgjørelser vedrørende pasientens ernæringsinntak. I vårt tilfelle har datteren gitt uttrykk for at moren må få i seg mat. Samtidig er det problematisk å tvinge pasienten til å spise når hun viser motvilje. Vi må altså gjøre det vi kan ved å tilrettelegge for at pasienten frivillig ønsker å spise og at hun tar til seg nødvendig næring på en god måte for pasienten.

Avgjør hvilke av de involverte parter man bør ta mest hensyn til

I vårt tilfelle er det pasienten som er den part som det skal tas mest hensyn til. Problemet er at pasienten ikke gir entydige signaler om hva som er det beste for henne ut fra hennes opplevelse av situasjonen.

Datteren er også en part som det bør tas hensyn til, ut fra at hun er nærmeste pårørende som kjenner sin mor og hennes valg tidligere i livet. Samtidig er hun den pårørende som er berettiget til å være informert og følge opp sin mor da



moren ikke er i stand til å ivareta sine interesser fullt ut. I pasientrettighetsloven § 3-3 står det:

“Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser pga fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon”

Ifølge lovteksten skal altså pasientens pårørende være delaktige i pleien (Her er det begrepet igjen! Hva med å bruke – bli informert og bli tatt med i drøftinga av pasientens helsehjelp – eller noe slikt??) dersom pasienten selv ikke kan ivareta sine interesser blant annet på grunn av aldersdemens. Datteren må altså være en viktig part i dette caset ut fra lovteksten. Og datteren har gjort det klart at hun mener moren må få i seg nødvendig ernæring og væske.

Men pleierne kan også være part i et slikt tilfelle. Hva med dem som eventuelt må være dem som tvinger i pasienten mat? Har ikke de også en rett til ikke å bryte loven (som faktisk ikke gir rett til tvang)? Eller er det rom for at respekten for å

oppretholde og respektere livet er overordnet den tvang som eventuelt måtte bli utført i enkelte spisesituasjoner? Kan det være nødvergesituasjon som oppstår i enkelte tilfeller eller er det en situasjon som oppstår så ofte at det ikke kommer inn under nødvergeparagraf?

Det er vanskelige spørsmål å ta stilling til fordi det er ikke helt klart om pleierne bør være parter i dette caset. Deres stilling er først og fremst å sørge for god pleie og omsorg og å vise respekt for pasientens liv og egenverd. Det må være den viktigste verdien i dette caset. Pasientens rett til å bli respektert innebærer også en respekt for pasientens rett til et verdig liv til det “fra naturens side må anses som avsluttet” (Yrkesetiske retningslinjer, 2001: pkt. 2.2).

En entydig konklusjon kan være vanskelig å trekke ut fra de få opplysningene som er gitt i caset. For å komme med noen antydninger om hva vi ville “lande” på i møte med denne aldersdemente kvinnen, så ville det være å gjøre en grundig kartlegging av hennes fysiske og mentale forhold. Ernæringsstatus, tannhelse og munnhygiene, kostpreferanser og holdning til ernæring tidligere i livet måtte vurderes. Likeledes ville vi søke å gi kvinnen faste primærpleiere som pasienten kunne bli trygg på og forhåpentligvis slik få holdepunkt for å få gode spisesituasjoner under sykehusoppholdet og videre på

sykehjemmet i ettertid. Vi ville tilrettelegge spisesituasjonen på en slik måte at det ble naturlig å innta måltidene (ikke ligge i sengen, men bli tatt opp og satt ved et spisebord, gjerne i tilknytning til stue / kjøkkenavdeling på posten). I tillegg må kvinnen forklares hva som skjer og hva hun får å spise. Forholdene må altså legges optimalt til rette for at kvinnen selv ønsker å få i seg mat. Vi ville i utgangspunktet ikke anta at kvinnen ønsker å dø og at motviljen mot å spise er uttrykk for dette. Vårt utgangspunkt er at kvinnen har rett til respekt for liv og iboende verdighet og på retten til barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Yrkesetiske retningslinjer, 2001: pkt. 1) der hun imøtekommes så langt som mulig for å få til en verdig og god spisesituasjon.

Egen utfordring til leseren

Vi har nå brukt Fjelland og Gjengedal sin modelle på caset med den senile demente kvinnen som ofte motsatte seg å ete på sykehuset. På neste side gir vi et nytt case som vi utfordrer leseren til å jobbe med ut fra de 5 punktene i Fjelland og Gjengedals løsningsmodell.

Bla om!



En 78 års gammel enkemann bor på sykehjemmet. Pasienten er døende og vil ikke ta til seg mat eller drikke. Han har tidligere gitt verbalt uttrykk for at han er mett av dager. Nå har han problemer med å uttrykke seg verbalt, men han viser tydelig at han ikke ønsker å spise eller drikke. Sykepleieren på sykehjemmet opplever dette som et dilemma. Kom med dine anbefalinger til løsning på dilemmaet.

1. Identifisere og avgrense det sentrale problemet
2. Samle flest mulig relevante fakta
3. Identifisere relevante verdier
4. Avgjør hvilket prinsipp som bør ha forrang i situasjonen
5. Avgjør hvilke av de involverte parter man bør ta mest hensyn til

Litteratur

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. New York/Oxford: Oxford University Press.

Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser: Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Martinsen, K. (1991). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Otta: Tano.

Norsk Sykepleierforbund. (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. NSF-serien 2/01*.

Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sosialdepartementet. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* URL: <http://www.lovdata.no> Hentet pr. 09.12.2003.

Sosial- og helsedepartementet (2001). *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. URL: <http://www.lovdata.no> Hentet pr. 18.12.2003