

**Pasienters rett til informasjon i en utredningsfase – Hvordan kan
informasjonsformidling til pasient under utredning på sengepost
være et etisk dilemma for sykepleier?**

Kandidatnummer: 228

VID vitenskapelige høgskole

Stuedsted Haraldsplass

Bachelor i sykepleie

Bacheloroppgave

SPLB3-BAC

Kull: 2015

Antall ord: 10 930

Dato: 14. mars 2018

Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 228
Navn på studiet: Bachelor sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave i sykepleie
Emnekode: SPLB3-BAC
Innleveringsfrist: 14.mars 2018
Antall ord:10 930

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 228

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Sammendrag

Oppgaven belyser hvordan pasienters rett til informasjon kan være et etisk dilemma for sykepleier og inneholder to problemstillinger: 1) Hvordan kan informasjon til en pasient i utredningsfasen være et etisk dilemma for sykepleier på sengepost, og hvordan kan hun løse det? og 2) Hvordan kunne det etiske dilemmaet sykepleier stilles ovenfor vært forebygget?

Oppgaven er basert på litteratursøk og tar utgangspunkt i relevant fag- og forskningslitteratur. Artiklene er funnet gjennom databasene Cinahl og SveMed +, og manuelle søk.

Det eksisterer ingen enkle løsninger for problemstillingene fordi ulike verdier er under press. Som en følge av dette er det viktig å identifisere og kartlegge de etiske dilemmaene, samt ha gode beslutningsmodeller. Dette kan styrke vurderingsgrunnlag og bevissthet rundt kliniske beslutninger. Sykepleiere bør ha reflekterte begrunnelser for handlingene sine.

Bevissthet rundt institusjonenes organisering, relasjoner, økt kunnskap om kommunikasjon og pasienters rettigheter, er eksempler på områder som kan påvirker forekomst av etiske dilemma.

Nøkkelord: Etisk dilemma, juss, profesjonsetikk, kommunikasjon, relasjon og utredningsfase.

Abstract

The aim of the paper is to illustrate how patients' right to information can be an ethical dilemma for nurses. It contains two questions: 1) How can demand of information from a patient in diagnostic phase be an ethical dilemma for a nurse and how can she solve it? and 2) How could the ethical dilemma been prevented?

The paper is a literature search and based on relevant academic - and research literature. The articles are found through Cinahl and SveMed +, and manual searches.

There are no simple solutions for the dilemma because different values are under pressure. Therefore, it is important to identify and assess ethical dilemmas and use good decision-making models. It can strengthen the basis of clinical decisions.

Awareness about organization of information within hospitals, relationship, and increased knowledge, are examples of areas that may affect the frequency of ethical dilemmas.

Keywords: Ethical dilemma, law, professional ethics, communication, relationship and diagnostic phase.

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
1 Innledning	7
1.1 Oppgavens oppbygning	8
1.2 Historie/case	8
1.3 Oppgavens avgrensning og redegjørelse for valg.....	9
2 Metode	11
2.1 Anvendt metode.....	11
2.2 Gjennomføring av litteratursøk	11
2.2.1 Manuelle søk	11
2.2.2 Databasesøk	12
2.3 Resultat av litteratursøk	13
2.4 Ivaretagelse av etiske retningslinjer	13
2.5 Kildekritikk.....	13
3 Presentasjon av funn	14
4 Teori	16
4.1 Sykepleieteori - Joyce Travelbee.....	16
4.1.1 Mennesket	16
4.1.2 Hva er sykepleie.....	16

4.1.3 Lidelse og sykdom	17
3.1.4 Menneske – til – menneske - forhold og kommunikasjon.....	17
4.1.5 Håp ved sykdom og lidelse	18
4.2 Relevant lovverk.....	18
4.2.1 Pasienters rett til forsvarlig -, nødvendig - og øyeblikkelig helsetjenester	18
4.2.2 Pasienters rett til informasjon	19
4.2.3 Informasjonens form.....	19
4.2.4 Informasjonsansvarlig på institusjon	20
4.3 sykepleiens profesjonsetikk.....	21
4.4 Etske dilemma	22
4.5 Beslutningsmodell for etske dilemmaer	24
5 Diskusjonsdel	26
5.1 Spørsmål 1 - Hvordan kan informasjon til en pasient i utredningsfasen være et etske dilemma for sykepleier på sengepost, og hvordan kan hun løse det?.....	26
5.1.1 Hvorfor kan presentert case være et etske dilemma for sykepleier?	26
5.1.2 Hvordan kan sykepleier løse det etske dilemmaet?	28
5.1.3 Spørsmål 1 - Konklusjon og drøfting av funn	34
5.2 Spørsmål 2 - Kunne det etske dilemmaet sykepleier stilles ovenfor vært forebygget?.	36
5.2.1 Relasjon mellom sykepleier og pasient.....	37
5.2.2 Organisering.....	38

5.2.3 Standardisering av skriftlig informasjon.....	39
5.2.4 Kunnskap til og opplæring av informasjonsansvarlig/lege.....	40
6 Avslutning	42
6.1 Oppsummering	42
6.2 Kritisk tilbakeblikk på oppgaven.....	43
6.3 Videre forskning	44
Litteraturliste	45
Vedlegg 1 – Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	49

1 Innledning

Når helsepersonell, herunder sykepleiere, skal hjelpe en pasient, stilles de ofte i situasjoner hvor det er vanskelig å vurdere hvor mye informasjon som skal og bør gis. Valgene som gjøres, må være forankret i lov men bør også la seg begrunne ut fra yrkesetikk. Både juss og etikk reflekterer verdier og gjenspeiler hverandre i mange tilfeller, men kan også være i konflikt med hverandre. Dette kan resultere i et etisk dilemma hvor verdiene under de to perspektivene (juss og etikk) settes under press. Denne oppgaven ønsker å belyse verdikonflikten som kan oppstå mellom juss og etikk. Dette med utgangspunkt i pasienters rett til informasjon.

På grunnlag av dette, ønsker jeg å belyse følgende tema:

Pasienters rett til informasjon i en utredningsfase – Hvordan kan informasjonsformidling til pasient, under utredning av en alvorlig diagnose på sengepost, være et etisk dilemma for sykepleier.

I del 1.2 vil jeg presentere en reel historie jeg opplevde under praksis. Jeg vil i oppgaven ta utgangspunkt i historien og drøfte to problemstillinger:

- 1) Hvordan kan informasjon til en pasient i utredningsfasen være et etisk dilemma for sykepleier på sengepost, og hvordan kan hun løse det?
- 2) Hvordan kunne det etiske dilemmaet sykepleier stilles ovenfor vært forebygget?

Grunnen til at jeg ønsker å skrive om dette, er at jeg ønsker å fordype meg i et tema jeg er interessert i. Ut fra det jeg så langt har kjennskap til, er det forsket lite på informasjonsformidling til pasienter i utredningsfasen. Jeg ønsker derfor å se nærmere på noe av den kunnskap som er tilgjengelig og bli bedre kjent med verktøy som sykepleier kan benytte seg av for å løse et etisk dilemma på en faglig forsvarlig måte, samt se på om etiske dilemma om informasjonsformidling til pasient i større grad kan forebygges.

1.1 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av fem kapitler.

Kapitel 1, Innledning, tar for seg oppgavens tema og hensikt. Det presenterer også en opplevd historie fra sengepost. Dette presenteres innledningsvis fordi det danner grunnlag for resten av oppgaven. Til slutt under kapitlet redegjøres det for oppgavens begrensninger.

Kapitel 2, Metode, presenterer først anvendt metode for oppgaven, gjennomføring og resultat av litteratursøk. Deretter skrives det om hvordan etiske retningslinjer i oppgaven er overholdt og til slutt kildekritikk.

Kapitel 3, presenterer funn fra litteratursøket.

Kapitel 4, Teori, inneholder fem deler. Først sykepleieteorien til Travelbee. Deretter beskrives relevant lovverk og sykepleiens profesjonsetikk. Til slutt i kapitlet belyses teori rundt etiske dilemma og tilhørende beslutningsmodell.

Diskusjonsdelen, kapitel 5, drøfter problemstillingene introdusert innledningsvis og anvender fag – og forskningslitteratur fra kapitel 2, 3 - og 4 i besvarelsen.

Kapitel 6, Avslutning, oppsummer oppgaven, gir et kritisk tilbakeblikk av oppgaven og avrunder med forskning som kunne være interessant for fremtiden.

1.2 Historie/case

Tenkt deg at du ligger på en undersøkelsesbenk og får utført koloskopi. Du har i forkant gruet deg både fordi du har gjort undersøkelsen før og vet det er smertefullt, men også fordi du er redd for at de skal finne cancer colon som du for en del år siden fikk påvist men som du senere ble frisk av. Du er nervøs og begynner å spørre med en gang undersøkelsen er i gang om alt ser fint ut. I begynnelsen sier lege og sykepleier at alt ser bra ut. Etter hvert ser lege og sykepleier at det høyst sannsynlig er kreft i tarmen, men sier ingenting om det på tross av gjentatte spørsmål fra deg. De vil ikke si noe før biopsi bekrefter om det er cancer colon.

Etter undersøkelsen og frem til endelig diagnose foreligger, spør du stadig sykepleier på sengepost om de så noe på undersøkelsen eller om det er kommet noe informasjon fra undersøkelsen. Sykepleier virker avisende til spørsmålene og du får ikke noe svar utenom at lege vil informere deg når det foreligger relevant informasjon. Ettersom dagene går og du fortsetter å spørre uten å få svar, blir du mer og mer nervøs for resultatet. I tillegg får du en økende følelse av avmakt over egen situasjon og føler deg sårbar både fordi du er usikker på fremtiden, men også fordi du er avhengig av andre for å få svar på spørsmål om eget liv og helse. Du er kjent med Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) hvor det fremkommer at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Du føler sykepleier ikke ivaretar denne rettigheten og føler på den måten at din verdighet og rett til autonomi er krenket.

Uten mer informasjon går det fem dager på sengepost med venting. Du blir da underrettet om diagnosen cancer colon.

1.3 Oppgavens avgrensning og redegjørelse for valg

Pasienten i presentert case er over 18 år og samtykkekompetent.

Under Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det: «Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov». I motsetning til denne paragrafen, ønsker pasienten forespurt informasjon.

Lege er i denne oppgaven satt til å være pasientens informasjonsansvarlige. Begrunnelsen for det er at i helseinstitusjoner, herunder sykehus, skal informasjon gis av den som helseinstitusjonen utpeker (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Loven stiller strenge krav til hvem som pekes ut og det må være både hensiktsmessig og forsvarlig (Helsedirektoratet, 2018, s. 24). Dette innebærer at vedkommende må ha tilgang til pasientopplysningene, være delaktig i behandlingen og oppfølgingen av pasienten og kunne ivareta informasjonsansvaret på en faglig forsvarlig måte. I sykehus er det nærliggende at ansvaret legges til den pasientansvarlige lege (Befring, 2004b, s. 80).

Det etiske dilemmaet blir i all hovedsak drøftet ut fra et etisk og juridisk perspektiv. Dette på grunn av tiden jeg har til rådighet og oppgavens begrensning.

I teori – og diskusjonsdelen brukes Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Hennes teori tar for seg de mellommenneskelige forhold i sykepleien, og fremhever hvordan relasjonene kan fremme sykepleiers mål. Sykepleieteorien passer således godt til oppgavens tema.

Det finnes ulike beslutningsmodeller for etiske dilemma, herunder SME – modellen som er mye brukt i det norske helsevesenet (Aakre, 2016, s. 186). Jeg har imidlertid valgt å bruke modellen «Navigasjonshjulet» (Kvalnes, 2017, s. 61) fordi den gir en god oversikt over problemstillingen.

2 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2017, s, 76). I følge Dalland (2014, s.112) er det verktøyet for det vi ønsker å undersøke.

Nedenfor beskrives først anvendt metode for oppgaven. Deretter presenteres litteratursøket og relevante funn som senere vil anvendes i diskusjonsdelen. Til slutt i kapitlet om metode står kildekritikk.

2.1 Anvendt metode

Metoden jeg har benyttet meg av er en litteraturstudie. En litteraturstudie defineres som «en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder» (Thidemann, 2017, s.79). Det å systematisere kjennetegnes ved å gå kritisk igjennom kildene og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, sitert i Thidemann 2017, s.80).

Oppgaven vil ha en humanvitenskaplig og dermed kvalitativ tilnærming fordi den i stor grad handler om studiet av mennesket og menneskelige interaksjoner. Oppgaven vil baseres på skriftlige kilder som fag – og forskningslitteratur, samt erfaring fra praksis (gjennom case presentert innledningsvis).

2.2 Gjennomføring av litteratursøk

I boken «Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter» presiseres det at arbeidet med å fremskaffe relevant litteratur til oppgaven **kan** gjøres manuelt og **skal** gjøres ved søk i databaser (Thidemann, 2017, s.83). Denne oppgaven er basert på relevant kunnskap og informasjon gjennom både manuelle søk - og pålitelige databaser.

2.2.1 Manuelle søk

I følge Thidemann (2017) kan manuelle søk utføres på ulike måter.

I arbeidet med oppgaven er det lest gjennom referanselister til relevante artikler som ble funnet gjennom treff i databasesøket beskrevet nedenfor. I tillegg ble det søkt opp relevant pensum – og faglitteratur, samt tatt personlig kontakt med forfatter av kildemateriell som ikke har vært direkte tilgjengelig på internett.

Det ble også søkt i innholdsfortegnelsen i relevante tidsskrifter for fag – og vitenskapelige artikler som omfattet oppgavens tema. I tillegg ble Google scholar benyttet som søkemotor.

2.2.2 Databasesøk

Det ble utført søk i pålitelige databaser gjennom Helsebiblioteket. Databasene som ble brukt var Cinahl og SveMed+. Cinahl ble valgt fordi det inneholder kvalitativ forskning og artikler om pasienterfaringer og pasientopplevelser. I tillegg er flertallet av tidsskriftene referert til på Cinahl, innenfor sykepleie og beslektede emner (Thidemann, 2017). SveMed + ble valgt fordi denne inneholder over 150 skandinaviske helsefaglige tidsskrifter og kan således være tilpasset norske forhold (Universitetet i Bergen, 2017). Begge databasene kan, av grunnen over, derfor passe oppgavens problemstillinger.

I følge Thidemann (2017, s. 87) handler en god søkestrategi både om å finne gode søkeord/emneord og gode kombinasjoner av disse. Videre sier forfatteren at det er en fordel å benytte søkeordene den enkelte databasen har i sitt emneordsystem. Utfordringen jeg møtte underveis da jeg søkte i emneordsystemene MeSH og Cinahl Headings var at ordet «utredningsfase» eller tilsvarende ikke eksisterte. I min søkestrategi valgte jeg derfor å bruke emneordsøkning der det var mulig, og komplementerte med frisoeking. Søkeordene som ble brukt i Cinahl var: *Ethics, ethical issues, nursing ethics, ethical dilemma, diagnosing, diagnostic phase, uncertainty in illness theory, uncertainty reduction theory in communication, nursing, patient information solving, problem solving og decision making*. Søkeordene brukt i SveMed + var: *Etikk, etisk dilemma, sykepleier, pasient, rett til informasjon og informasjon*.

Før søkene, ble det definert to eksklusjonskriterier. Det ene var at litteraturen skulle være på engelsk eller norsk og det andre at den var fagfellevurdert. Dette for å få et hensiktsmessig søk i forhold til det jeg ønsket av kunnskap (Thidemann, 2017, s. 101).

2.3 Resultat av litteratursøk

Etter at søkene var gjennomført, ble funn av artikler gjennomgått for å ekskludere de artiklene som ikke syntes relevante for problemstillingene. De gjenværende artiklene ble analysert for relevans og gyldighet.

Av artiklene som ble funnet relevante for oppgaven ble fem funnet ved manuell søk mens fire ble funnet gjennom databasene omtalt over. Disse presenteres i kapitel 3.

2.4 Ivaretagelse av etiske retningslinjer

I oppgaven og i henhold til Kildekompasset/APA 6th er alle skriftlige kilder oppgitt. Under dette ligger også korrekt fremstilling av kilder, sitering og referering, samt hvordan informasjon er innhentet.

I tillegg er personvern i presentert historie/case ivaretatt.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2014, s. 67). I denne oppgaven er det nyttet en rekke fagbøker. I følge Støren (2013) er en av ulempene ved bruk av lærebøker i litteraturstudie at det kan være vanskelig å se hvor grundig argumentene er underbygd.

I gjennomføringen av søk etter artikler kan omfanget i databasene ha medført at relevant litteratur er oversett. Flere av artiklene brukt, er på engelsk. Under oversettelsen kan jeg ha tolket innhold annerledes fra forfatterne.

3 Presentasjon av funn

Nedenfor presenteres artiklene funnet i litteratursøket. Disse vil senere anvendes i diskusjonsdelen.

Artikkelen «Pasientinformasjon i forkant av undersøkelser ved en medisinsk poliklinikk: Ulike betingelser for at polikliniske og inneliggende pasienter skal være godt nok forberedt» av Pedersen, Sørheim, og Giske (2015) har fokus på betydningen av å forberede pasientene før undersøkelser, samt viktigheten av at sykehuset har gode rutiner for informasjon til pasientene. Et eksempel de trekker frem er rutiner for skriftlig informasjon.

I artikkelen «Sykepleiers yrkesetikk svekkes av jussen» diskuterer Christensen (2009) hvordan lovverk regulerer sykepleiers fagutøvelse og hvordan yrkesetikk i mange sammenhenger ikke får styre sykepleiernes handlinger.

Artikkelen «An integrated ethical decision-making model for nurses» av Park (2012) studerer 20 ulike beslutningsmodeller for etiske dilemma. På grunnlag av de 20 beslutningsmodellene utvikler forfatteren en seks-steps-modell for bedre beslutninger i det sykepleier står ovenfor etiske dilemma.

«Dilemmas within the Context of Nursing: A Concept Analysis» av Chiaranai (2011) presenterer ulike typer dilemma, herunder etisk -, moralsk - og juridisk dilemma. Artikkelen identifiserer også tre ulike beslutningsnivåer for etiske dilemma hos sykepleiere. Artikkelen konkluderte med at sykepleiers funksjon og prestasjon var avhengig av hvilket nivå hun løste dilemmaene på. Graden av gode beslutninger korrelerte positivt med økende nivå av refleksjon og begrunnelse av handling.

I Giske (2010) sin artikkel «Sårbarhet, makt og tillit: tillit - den gode bru mellom sårbarhet og makt, eksemplifisert med pasienter innlagde på sjukehus til utgreiing» skrives det om pasienter som er innlagt på sykehus til utredning. Disse opplever ofte en sårbarhet knyttet til usikkerhet om fremtiden og venting. Helsepersonell har i denne sammenheng makt fordi pasienten er avhengig av de for å komme til et svar om egen helse. Forfatteren sier at makten kan føre til håp eller fortvilelse for pasient avhengig av hvordan den utøves av helsepersonell. Hun fremhever i den sammenheng at tillit er sentralt i utvikling av håp fordi det er

grunnleggende for kommunikasjon og relasjoner, og at forutsetningen for tillit er helsepersonell som er kompetente og omsorgsfulle.

I artiklene «Pasienters rett til informasjon» og «Når skal informasjon ikke gis» skriver Befring (2004a & 2004b) om hvilken rett pasient har til informasjon og hvorfor, samt om når informasjon skal og bør gis, samt i hvilke tilfeller informasjon ikke skal gis.

I artiklene «god kommunikasjon – også for legenes skyld» skriver Gulbrandsen (2008) om at kommunikasjon med pasienter ofte er undervurdert fra legenes ståsted. Han skriver videre om hvordan god kommunikasjon kan etableres gjennom «fire gode vaner» og til slutt om behovet for etter – og videreutdanning i klinisk kommunikasjon.

I artikkelen «Å gi informasjon om sårbarhet» stiller Gulbrandsen (2012) spørsmål om når pasienter bør være informert om risiko og prognoser. Som artikkelen i foregående avsnitt, setter han søkelys på hvor «lite skolerte» legene er i å gi informasjon og at det er ingen systematisk veiledning for pasientrettet kommunikasjon i norske sykehus.

4 Teori

Denne delen vil presentere relevant teori for oppgaven. I del 4.1 presenteres sykepleieteorien til Travelbee. Del 4.2 omhandler relevant lovverk. Del 4.3 tar for seg sykepleiens profesjonsetikk og i siste del av kapitlet, del 4.4 og del 4.5, skrives om teori rundt etiske dilemma.

4.1 Sykepleieteori - Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926- 1973) skrev boken «Interpersonal Aspects of Nursing». Boken ble utgitt i 1966, og ble revidert i 1971. I korte trekk tar den for seg de mellommenneskelige forhold i sykepleien, samt hvordan sykepleier kan hjelpe mennesker å mestre og finne mening i sykdom og lidelse, samt å finne mening i erfaringen.

I teorien til Travelbee vektlegges fenomener som menneske, sykdom, lidelse og håp, menneske-til - menneskeforhold og kommunikasjon. Jeg vil utdype dette nærmere nedenfor.

4.1.1 Mennesket

Travelbee tar utgangspunkt i at mennesket er «et enestående, uerstattelig individ – en engangs – eksisterende vesen i denne verden, lik, men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve» (Travelbee, 1999, s. 54). Hun fremhever at mennesker har mange av de samme erfaringene, men at opplevelsene av disse er forskjellige fra individ til individ.

I sin teori tar hun avstand fra begrepene pasient og sykepleier fordi hun mener disse er kategoriserende og bidrar til stereotyping. Ordene lar seg bruke fordi de fungerer praktisk i en kommunikasjonssammenheng (Travelbee, 1999, s.62).

4.1.2 Hva er sykepleie

I følge Travelbee er sykepleiers hensikt «å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forbygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»

(Travelbee, 1999, s. 29). Hun sier at «det er den profesjonelle sykepleiers rolle å gi den hjelp det er behov for, uten å måtte bli bedt om det» (Travelbee, 1999, s. 29).

Forutsetningen for sykepleiers hensikt og mål er et menneske – til – menneske – forhold. Dette omtales grundigere nedenfor under 4.1.4.

4.1.3 Lidelse og sykdom

Lidelse er ifølge Travelbee noe alle mennesker vil erfare i løpet av livet, men hva som oppfattes som lidelse er individuelt - et personlig fenomen. Med lidelse mener hun fysisk, åndelig eller emosjonell smerte (Travelbee, 1999, s. 98).

Travelbee mener helse er et subjektivt - og objektivt begrep. Med subjektivt mener hun at god eller dårlig helse (fysisk, emosjonelt eller åndelig) oppleves forskjellig hos mennesker (Travelbee, 1999, s. 32). Med objektivt mener hun at god helse kan defineres som «fravær av påviselig sykdom, funksjonssvikt eller andre mangler» (Travelbee, 1999, s. 32). Dersom objektiv - og subjektiv helse differensierer fra hverandre, mener Travelbee at hvordan et individ opplever sykdom og lidelse, bør være viktigere for sykepleieren å forholde seg til enn «noe kategoriseringssystem brukt av sykepleiere» (Travelbee, 1999, s. 87).

Forutsetningen for å forstå sykdom og lidelse hos en pasient og der igjen innfri sykepleiers hensikt, er et menneske – til – menneske – forhold. Dette beskrives nærmere i neste avsnitt.

3.1.4 Menneske – til – menneske - forhold og kommunikasjon

Et menneske-til-menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 177).

I følge Travelbee oppnås sykepleiers hensikt med å etablere et menneske – til – menneske - forhold (Travelbee, 1999, s. 41). Forholdet er en prosess og skapes gjennom flere faser og omfatter det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig kontakt (Travelbee, 1999, s.186-218).

Forutsetningene for etablering av et menneske – til – menneske - forhold er at forholdet er gjensidig mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1999, s.177), samt at sykepleier har evne til disiplinert intellektuell problemløsning og «terapeutisk bruk av seg selv» (Travelbee, 1999, s.43). Kommunikasjon står i denne sammenheng sentralt. Målet med kommunikasjonen er å: 1) lære den syke å kjenne, 2 forstå og ivareta den sykes sykepleiebehov og 3) oppfylle sykepleiens mål og hensikt» (Travelbee, 1999, s.139).

4.1.5 Håp ved sykdom og lidelse

Travelbee (1999, s.117) sier håp er «en mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» Hun sier videre at «håp er sterk relatert til andre» (Travelbee, 1999, s.118) og at sykepleier kan ikke gi pasienten håp, men kan hjelpe ham å finne fram til sitt eget håp. Hun fremhever her at håp er knyttet til tillitt som opparbeides gjennom et menneske – til – menneskeforhold.

Travelbee mener det er mangelfull kunnskap om hvordan gi håp, men at dette ikke skal stå i veien for at den profesjonelle sykepleier forsøker å hjelpe; «hun lykkes ikke alltid, men hun forsøker alltid å gi hjelp og trøst» (Travelbee, 1999, s.125).

4.2 Relevant lovverk

Nedenfor presenteres relevant lovverk for problemstillingene.

4.2.1 Pasienters rett til forsvarlig -, nødvendig - og øyeblikkelig helsetjenester

Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1 b) og Spesialisthelsetjeneloven (1999, § 3-1) viser til at pasienter har rett på nødvendig og øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Helsehjelpen skal være forsvarlig. Med dette menes at «helsepersonell skal opptre faglig forsvarlig og yte omsorgsfull hjelp ut fra det som kan forventes ut fra krav til kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

4.2.2 Pasienters rett til informasjon

I Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen».

Lovens hensikt er at pasienter får nødvendig informasjon for innsikt i egen helse, medvirke i behandling eller avslå behandlingstilbud. Likeledes skal den fremme tillit mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten, samt bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester (Helsedirektoratet, 2017, s.1). Loven om pasienters rett til informasjon, skal bidra til at pasienten er medvirkende under tjenester som omfatter helsehjelp og til ivaretagelse av pasientens autonomi, verdighet og integritet (Befring, 2004b, s. 80).

Pasienters rett til informasjon er også nedfelt i Helsepersonelloven (1999, § 10).

4.2.3 Informasjonens form

I denne delen presenteres først forutsetningene for den informasjon pasientene har krav på. Deretter beskrives hvilken type informasjon de har krav på.

4.2.3.1 Forutsetninger for informasjon

Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) gir helsepersonell rom for skjønn i vurderingen av hvor mye og hvordan informasjon gis:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Dette innebærer med andre ord at den enkelte pasient har rett til forståelig informasjon ut fra sine evner og bakgrunn (Molven, 2015, s.186).

4.2.3.2 Hva slags informasjon har pasienten krav på?

Pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dette innebærer informasjon om behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes (Helsedirektoratet, 2017, s. 64). Forutsetningene for pasientenes rett, er kravet om informert samtykke (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-1), og kravet til forsvarlig behandling (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Informasjon skal ikke gis mot pasienters vilje (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Informasjon kan ifølge Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) unnlates dersom det er utgjør en fare for andre eller alvorlig helseskade på pasienten.

4.2.4 Informasjonsansvarlig på institusjon

Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker. (Helsepersonelloven, 1999, § 10)

Innholdet Helsepersonelloven (1999, § 10) pålegger enhver helseinstitusjon, herunder sykehus, å utpeke en person som skal gi informasjon til den enkelte pasient. Det er opp til den enkelte institusjon å avgjøre hvordan dette best kan gjennomføres (Helsedirektoratet, 2018, s. 25).

Ifølge Helsedirektoratet (2018, s. 25) er hensikten med en informasjonsansvarlig å forhindre at pasienten får et uklart bilde av egen helsetilstand. En annen begrunnelse for bestemmelsen er å forhindre ansvarspulverisering med hensyn til pasientens rett til å motta informasjon, slik denne også kommer til uttrykk i pasientrettighetsloven (1999, § 3-2). I sykehus er det nærliggende at ansvaret legges til den pasientansvarlige lege (Befring, 2004b, s. 80).

4.3 sykepleiens profesjonsetikk

Molven (2015, s. 88) definerer etikk som systematisk refleksjon over moralsk atferd, mens moral forstås som oppfatninger av hva som er rett og galt å gjøre i forbindelse med konkrete handlinger/atferd. Grunnlaget for moral og etikk er allmenmoralen som kan sies å være de normer og verdier som er bred aksept for i den kulturen/samfunnet vi befinner oss i (Tranøy, 2005, s.49). Profesjoner styres av almenmoral, men kan ikke fult ut styre profesjonell faglig praksis. Den må også reguleres av profesjonsetikk. En profesjonsetikk nedtegner et yrkes fagetikk og begrunner hvorfor den er nødvendig (Aakre, 2016, s. 244).

Sykepleiens profesjonsetikk består av: 1) Sykepleiens grunnlag og 2) De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016). I følge Aakre (2015) synliggjør sykepleiens grunnlag profesjonens verdier, menneskesyn og faglige fundament. Sykepleiens verdier er respekten for det enkelte liv og iboende verdighet. Det skal bygge på barmhjertighet, omsorg, integritet, respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Innenfor sykepleie kan menneskesynet sies å være det overordnede verdisynet for vår beviste eller ubeviste praksis. I følge Odland (2016, s. 25) karakteriseres det av å være et svar på hva mennesket er. Hun sier videre at i sykepleiefaglig litteratur er ofte menneskesyn delt i to hovedretninger; Holisme og reduksjonisme. Holisme betyr helhetsforståelse og understreker at «helheten er mer enn summen av delene». Et holistisk menneskesyn innebærer at relasjoner bygger på åpenhet, respekt og inkludering (Aakre, 2016, s. 77). Et reduksjonistisk menneskesyn relateres til de naturvitenskaplige lovmessigheter og krav til sannhetsbevis (Odland, 2016, s.31).

En sykepleiers menneskesyn kan verken sies å være holistisk eller reduksjonistisk. Den naturvitenskaplige utviklingen har gitt et bedre faglig fundament, og der igjen gitt muligheter for sykepleien som fag og profesjon. Dette gir igjen mulighet for å forstå pasientens lidelse og utfordringer ut fra en holistisk tilnærming (Odland, 2016, s 38).

Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer bygger på prinsippene i International Council for Nurses (ICN) sine etiske regler, og menneskerettigheter slik de er nedfelt i FNs

menneskerettighetserklæring. De er regler og føringer for etisk akseptabel atferd i yrkesutøvelsen som sykepleier (Slettebø, 2013, s.16).

Retningslinjene vektlegger menneskesynet til profesjonen og hvordan grunnleggende verdier bør vernes i praksis. De konkretiserer hva vi strekker oss etter for å sikre god praksis innenfor profesjonen. De fremhever også sykepleiers fundamentale plikt: å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Retningslinjene inneholder seks hovedpunkter (se vedlegg 1). Disse skal brukes aktivt i utdanning og praksis av sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Av retningslinjene følger stor vekt på omsorgsetikk hvor medfølelse og omtanke står i sentrum (Norsk sykepleierforbund, 2018).

4.4 Etiske dilemma

I følge Birkler (2009, s.23) kan etiske dilemma defineres på følgende måte: «Etiske dilemma er en konflikt av verdier, der inden for sygeplejersker kan oppstå i forholdet mellom det, den enkelte sygeplejerske kan gjøre, skal og bør gjøre».

Med uttrykket «kan gjøre» menes handlingsalternativene i situasjonen. Med «skal gjøre» menes de juridiske rammene for situasjonen, og med «bør gjøre» menes handlinger som lar seg begrunne ut fra et etisk perspektiv. I følge Birkler (2009, s. 23) oppstår etiske dilemma i spenningen mellom sykepleier skal, bør og kan gjøre.

Juss og etikk gjenspeiler hverandre i mange tilfeller fordi de bygger på de samme verdier og forutsetninger, men kan også være i konflikt (Lunde, 2017, s. 181). Dette kan resultere i et etisk dilemma hvor verdiene under de to perspektivene juss og etikk settes under press. Forholdet mellom juss, etikk og etisk dilemma, kan synliggjøres ved hjelp av Aadlands tabell (2001, s.164).

	Etisk rett	Etisk galt
Lovlydig	1. Rett	2. Moralsk svikt
Lovbrudd	3. Sivil ulydighet	4. Galt

Figur 1: Illustrerer forholdet mellom juss, etikk og etiske dilemma. Rute 2 og 3 kjennetegnes ved å være et etisk dilemma (Aadland, 2001, s.164).

I første rute, Rett, vil etikk og juss være sammenfallende. Sykepleier vil ikke stilles ovenfor et etisk dilemma fordi beslutningen støttes både av etikk og lovverk.

I andre rute, Moralsk svikt, følges lovverket, men valgt handling vil stride imot yrkesetikken.

I tredje rute, kalt Sivil ulydighet, brytes lovverket for å gjøre det som oppfattes som etisk riktig. Både rute 2 og 3 karakteriseres av å være et etisk dilemma.

I fjerde rute, Galt, følges verken lovverk eller etiske premisser for valgt handling.

Jf. Birkler (2009, s.23) og (Norsk sykepleierforbund, u.å.) utformes et normativt spørsmål som: kan jeg, må jeg eller skal jeg for handlingsalternativene under et etisk dilemma. De fire prinsippers etikk er ofte nyttet i refleksjonen. Disse vil derfor, i korte trekk, presenteres nedenfor.

De fire etiske prinsipper er et etisk rammeverk utviklet av Beauchamp & Childress (2009). Hvert prinsipp anses som en plikt, men er ikke hierarkisk ordnet slik at det ene anses som viktigere enn de andre. Helsepersonell bør derfor handle ut fra en riktig spesifisering og balansering av de fire prinsippene (Brinchmann, 2017, s. 85). De fire prinsippers etikk omfatter: Respekt for autonomi, velgjørenhet, ikke skade, og rettferdighet (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Autonomiprinsippet innebærer plikten til å respektere autonome personers beslutninger. For at en pasient skal kunne ta autonome valg må fire faktorer være til stede: 1) Pasienten må være kompetent til å ta beslutninger som har konsekvenser, 2) Pasienten må ha et konsistent ønske, 3) Pasienten må ha fått adekvat informasjon om situasjonen han står i og 4) Pasienten må være fri fra ytre press og stå fritt til å velge selv (Slettebø, 2013, s. 92).

Ikke -skade – prinsippet innebærer å ikke utsette pasienten for ekstra belastninger eller skader (Brinchmann, 2016, s.85).

Velgjørhetsprinsippet handler om å vurdere nytte mot kostnader (både menneskelige og økonomiske). Sykepleiere skal ut fra prinsippet handle slik at det gagnar den enkeltes liv og livskvalitet (Aakre, 2016, s.39).

Rettferdighetsprinsippet kalles ofte likeverdighetsprinsippet og innebærer at pasientene uavhengig av hvem de er, stand, bosted og økonomi skal få likeverdige tjenester (Molven, 2015, s. 90).

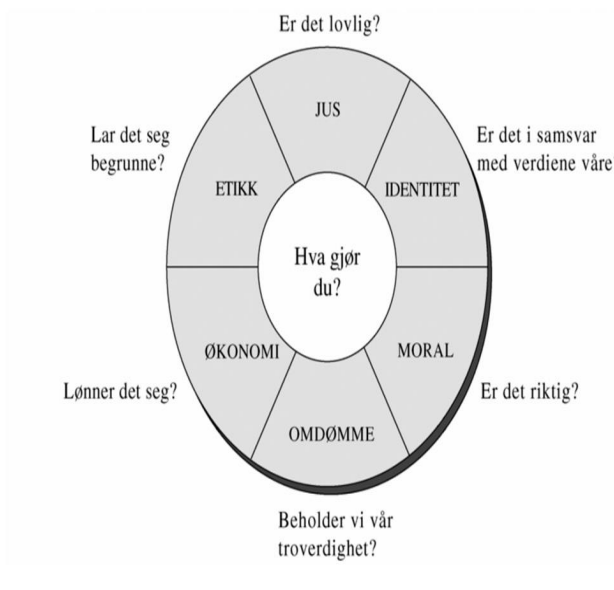
4.5 Beslutningsmodell for etiske dilemmaer

Det finnes ulike beslutningsmodeller for etiske dilemmaer. I denne oppgaven brukes en modell kalt Navigasjonshjulet (Kvalnes, 2017, s. 61). Modellen kan nyttes av ulike organisasjoner og bransjer, og kan tilpasses deretter (Saxlund, 2016).

Modellen kan gjennom seks områder og spørsmål, gi et godt grunnlag for valg av handlingsalternativ i et etisk dilemma. Navigasjonshjulet kan videre forebygge kritikkverdige handlinger og sikre god utvikling av kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Saxlund, 2016).

De seks områdene og spørsmålene er:

1. Juss: Er handlingsalternativet lovlig?
2. Etikk: Lar handlingsalternativet seg begrunne etisk?
3. Identitet: Er handlingsalternativet i samsvar med våre verdier?
4. Moral: Fremkommer handlingsalternativet som moralsk riktig?
5. Omdømme: Beholder vi vår troverdighet gjennom handlingsalternativet?
6. Økonomi: Lønner det seg?



Figur 2: Illustrer Navigasjonshjulet. En beslutningsmodell for etiske dilemma (Kvalnes, 2017, s. 61).

5 Diskusjonsdel

I denne delen vil jeg ta for meg de to problemstillingene presentert under innledningen:

- 1) Hvordan kan informasjon til en pasient i utredningsfasen være et etisk dilemma for sykepleier på sengepost, og hvordan kan hun løse det?
- 2) Hvordan kunne det etiske dilemmaet sykepleier stilles ovenfor vært forebygget?

I besvarelsen har jeg nyttet fag – og forskningslitteratur fra kapitel 2,3 - og 4.

5.1 Spørsmål 1 - Hvordan kan informasjon til en pasient i utredningsfasen være et etisk dilemma for sykepleier på sengepost, og hvordan kan hun løse det?

Spørsmålet struktureres i tre deler. Del 5.1.1 vil kort forklare hvorfor presentert case kan være et etisk dilemma for sykepleier. Del 5.1.2 vil, ved hjelp av Navigasjonshjulet, og ut fra dilemmaets handlingsalternativ, drøfte utfyllende hvorfor presentert case fremstår som et etisk dilemma, samt se på hvordan sykepleier kan løse dette. Del 5.1.3 vil på grunnlag av de to foregående delene, drøfte og konkludere. Drøfting sett i lys av empiri rundt spørsmål 1 vil, i all hovedsak, finne sted i del 5.1.3. Dette fordi det er enklere å se helheten når det etiske dilemmaet og perspektivene i Navigasjonsmodellen er belyst.

5.1.1 Hvorfor kan presentert case være et etisk dilemma for sykepleier?

Historien presentert innledningsvis omhandlet en pasient som befant seg i en sårbar situasjon. Dette som følge av usikkerhet knyttet til fremtiden, men også fordi hun følte at hennes verdighet og autonomi ikke ble ivaretatt, men krenket fordi hun ble ignorert av sykepleier og ikke fikk den informasjonen hun ba om. Men hvorfor kan dette være et etisk dilemma for sykepleier? I denne delen presenteres kort hvorfor historien kan være et etisk dilemma for sykepleier.

Park (2012) fremhever at for å identifisere et etisk dilemma, er det nødvendig å kartlegge relevant og tilgjengelig informasjon, identifisere berørte parter – og deres verdier, samt

handlingsalternativ for situasjonen. Grunnlaget, mener forfatteren, er avgjørende for gode beslutninger når sykepleier står ovenfor et etisk dilemma.

De involverte i presentert case, er pasient og sykepleier.

Ut fra relevant informasjon presentert i case står sykepleier ovenfor følgende handlingsalternativ:

Handlingsalternativ 1: Sykepleier gir ingen informasjon til pasient. Hver gang pasient spør, sier hun at legen vil informere om relevant informasjon når dette foreligger.

Handlingsalternativ 2: Sykepleier gir pasient informasjon om at det kan være kreft i tarm men at dette ikke kan bekreftes før svar fra biopsi foreligger.

Det etiske dilemmaet kan i denne casen oppstå når verdiene under handlingsalternativene kommer i konflikt. Dette kan illustreres med Aadland (2001, s.164) sin modell fra teoridelen.

	Etisk rett	Etisk galt
Lovlydig	1. Rett	2. Moralsk svikt
Lovbrudd	3. Sivil ulydighet	4. Galt

Figur 3: Modellen illustrerer spenningen mellom profesjonsetikk og juss. Sykepleier vil under et etisk dilemma befinne seg i rute 2 eller 3 (Aadland, 2001, s.164).

Handlingsalternativ 1 innebærer at sykepleier følger det juridiske rammeverket for situasjonen, men muligens ikke sine etiske verdier og prinsipper. Dette medfører, jf. Aadlands modell (2001), at hun befinner seg i en situasjon som karakteriserer et etisk dilemma og at handlingen blir definert som Moralsk svikt (nr. 2 i figur 3). Begrunnelsen for å velge handlingsalternativ 1, kan eksempelvis være at sykepleier ønsker å følge Helsepersonelloven (1999, § 10) for å unngå sanksjoner. Handlingsalternativet kan på den annen side og ut fra profesjonsetikk oppleves som galt fordi det undergraver autonomiprinsippet som fremhever at pasienten har rett til å bestemme over seg selv og sitt liv og dermed også ha rett på den informasjon om egen helse som vedkommende ber om.

Handlingsalternativ 2 blir i henhold til Aadlands modell definert som Sivil ulydighet og et etisk dilemma (nr. 3 i figur 3) fordi sykepleier opptrer i samhandling med det hun mener er god profesjonsetikk, men som strider imot relevant lovverk. Begrunnelsen for å velge dette alternativet kan eksempelvis være at sykepleier ut fra profesjonsetikk ønsker å ivareta autonomiprinsippet selv om det går på bekostning av lovverket (Helsepersonneloven, 1999, § 10).

Aadland (2001, s.164) sin modell illustrer spenningen mellom profesjonsetikk og juss for handlingsalternativene sykepleier står ovenfor. Ut fra beskrivelsen av de to alternativene over og modellen til Aadland, kan presentert case fremstå som et etisk dilemma. Under neste del, del 5.1.2, vil jeg utfyllende gjøre rede for hvilke verdier som kan være i konflikt og hvordan sykepleier kan løse det etiske dilemmaet hun står ovenfor.

5.1.2 Hvordan kan sykepleier løse det etiske dilemmaet?

For å besvare dette spørsmålet vil jeg nytte Navigasjonshjulet (Kvalnes, 2017, s. 61) presentert i teoridelen. I møtet med etiske dilemma stiller modellen seks spørsmål:

1. Juss: Er handlingsalternativet lovlig?
2. Etikk: Lar handlingsalternativet seg begrunne etisk?
3. Identitet: Er handlingsalternativet i samsvar med sykepleiers verdigrunnlag?
4. Moral: Fremkommer handlingsalternativet som moralsk riktig?
5. Omdømme: Beholder vi vår troverdighet gjennom handlingsalternativet?
6. Økonomi: Lønner det seg?

Ettersom Navigasjonshjulet kan nyttes og tilpasses til ulike organisasjoner og bransjer, vil modellen tilpasses denne oppgaven:

Jussen vil jeg drøfte i lys av lovverk omtalt i del 4.2.

Videre slår jeg sammen punktene etikk, moral og identitet/verdier. Grunnen til at jeg slår sammen de tre punktene, er at de alle kan ses i sammenheng med sykepleiers profesjonsetikk. Dette understrekes av det som ble skrevet om etikk, moral og verdier i teoridelen: Etikk defineres som systematisk refleksjon over moralsk atferd, mens moral forstås som oppfatninger av hva som er rett og galt å gjøre i forbindelse med konkrete handlinger/atferd

(Molven, 2015, s. 88). Grunnlaget for moral og etikk er de normer og verdier som er bred aksept for i den kulturen/samfunnet vi befinner oss i (Tranøy, 2005, s.49).

Omdømme oppstår i skjæringspunktet mellom forventninger til en organisasjon, og innfrielse av forventningene (Innovasjon Norge, 2009). Omdømme vil, i denne oppgaven, drøftes ut i fra det pasienten forventer og opplever at sykepleier leverer. Om det er symmetri mellom forventning og opplevelse eller at opplevelsen i positiv forstand overgår forventningen, vil omdømmet også være positivt.

Økonomi er læren om produksjon og fordeling av knappe ressurser (Olsen, 2012). Dette innebærer å prioritere ressursene dit hvor de gir mest mulig helse for pengene (NOU 1997:18, s. 101). Det betyr ikke flest mulig helsetjenester men mest mulig helse for pengene (Olsen, 2012, s. 12).

Nedenfor vil jeg ta for meg områdene og spørsmålene fra Navigasjonshjulet og diskutere de opp mot handlingsalternativene til sykepleier.

5.1.2.1 Lar handlingene seg forsvare juridisk?

Handlingsalternativ 1 innebærer at sykepleier innretter seg etter Helsepersonelloven (1999, § 10). Det vil si informasjonsansvarlig, legen, gir informasjon når endelig resultat foreligger. Dette innebærer at hun opptrer loydydig og i henhold til norsk lovverk. I argumentasjonen mot handlingsalternativ 1 kan det hevdes at pasienten har rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1 & § 3-2). Dette er imidlertid legens/informasjonsansvarlig ansvar og bør ikke tas med i vurderingen om det er juridisk riktig for sykepleier.

Handlingsalternativ 2 medfører at dersom sykepleier velger å gi informasjon til pasient om mulig kreft, vil hun opptre sivilt ulydig fordi hun trosser Helsepersonelloven (1999, § 10) om at lege/informasjonsansvarlig skal gi relevant informasjon. Dette innebærer at handlingen ikke lar seg forsvare ut fra gjeldene lovverk.

5.1.2.2 Lar handlingene seg begrunne ut fra verdier, etikk og moral?

Under dette punktet vil handlingsalternativene diskuteres i lys av sykepleiens profesjonsetikk. Det vil si sykepleiens grunnlag (verdier, menneskesyn og faglige fundament), yrkesetiske retningslinjer og de fire etiske prinsipper.

Handlingsalternativ 1: Ved ikke å informere om muligheten for kreft, kan sykepleier mene at hun handler etisk rett fordi det understøtter de yrkesetiske retningslinjene, punkt 5: «sykepleier setter seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldene retningslinjer og er lojal mot disse så langt det er i samsvar med sykepleiens grunnlag» (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Valg av handlingsalternativ 1 kan underbygges av ikke – skadeprinsippet, velgjørhetsprinsippet og Travelbee sin teori. Jf. Travelbee sin teori, skal sykepleier identifisere pasientens forutsetninger og behov for sykepleie gjennom et menneske -til - menneske forhold. Gitt at sykepleier på grunn av knappe ressurser, som for eksempel begrenset tid, ikke i tilstrekkelig grad har klart å identifisere pasientens forutsetning og behov, kan dette medføre usikkerhet rundt kravet til forsvarlig behandling (Helsepersonelloven, 1999, § 4) fordi en kan risikere at mottaker ikke i tilstrekkelig grad har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Med andre ord: Dersom pasientens forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn ikke er tilstrekkelig identifisert, vil sykepleier ikke kunne bruke skjønn i hvor mye og hvordan informasjon bør gis. Hun vil da være usikker på om pasienten i tilstrekkelig grad har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Å informere om mulig kreft kan derfor gi pasienten unødvendig bekymring hvilket kan anses som skade på pasient. Kostnaden (pasientens bekymring) kan derfor stå i ubalanse med effekten/nyttene av å informere om mulig tarmkreft selv om vedkommende har ønsket informasjonen. Dette vil følgelig ikke underbygge prinsippene ikke – skade og velgjørhet.

Handlingsalternativ 2: Gitt at pasient kan ta autonome valg, kan sykepleier mene at det er etisk rett å informere pasient. Autonomiprinsippet kan i den sammenheng stå sterkt fordi sykepleier mener pasienten har rett til å bestemme over seg selv og sitt liv og dermed også ha rett på den informasjon om egen helse som vedkommende ber om. Sykepleier ønsker med dette å ivareta respekten for det enkelte individ, og bevare vedkommens verdighet - og

integritet. Dette jf. yrkesetiske retningslinjer, punkt 2; «Sykepleier skal ivareta pasienters verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie og medbestemmelse, samt retten til ikke å bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Også Travelbee sin teori kan underbygge denne argumentasjonen. Hennes menneskesyn, slik jeg tolker det, er individualistisk og innebærer således at pasienten har rett til å bestemme over seg selv og sitt liv og dermed også ha rett på den informasjon som hun ber om.

Handlingsalternativ 2 som innebærer å gi pasient informasjon om mulig kreft, kan støttes av velgjørhetsprinsippet og ikke – skadeprinsippet. Dette under forutsetning av kravet om forsvarlig behandling (Helsepersonelloven, 1999, § 4) og at pasienten kan ta autonome valg (Slettebø, 2013, s. 92). Sykepleiers kan mene at informasjon om mulig kreft kan fremstå som en lettelse for pasienten som føler at hun endelig blir tatt alvorlig og at sykepleier respekterer hennes ønsker om informasjon, og således ivaretar hennes verdighet, integritet, retten til medbestemmelse - og ikke å bli krenket. Argumentasjonen kan overføres til Travelbee sin sykepleieteori. Lidelse er ifølge Travelbee (1999, s. 29) noe alle mennesker vil erfare i løpet av livet, men hva som oppfattes som lidelse er individuelt. Å ikke få den informasjonen pasienten ber om, kan for denne pasienten oppleves som lidelse. Gjennom et menneske – til – menneske – forhold kan sykepleier fange opp behovet til pasient for informasjon. Ved videre å informere pasient om mulig kreft kan sykepleier således hjelpe pasienten med å mestre sykdom - og lidelse og finne mening i erfaringene – altså å ikke utsette pasienten for ekstra belastninger (ikke – skadeprinsippet), men gjøre det som er best for pasient (velgjørhetsprinsippet).

Innholdet Helsepersonelloven (1999, § 10) pålegger enhver helseinstitusjon, herunder sykehus, å utpeke en person som skal gi informasjon til den enkelte pasient. Det er opp til den enkelte institusjon å avgjøre hvordan dette best kan gjennomføres (Helsedirektoratet, 2018, s 23). Rettferdighetsprinsippet innebærer at pasientene uavhengig av hvem de er, stand, bosted og økonomi skal få likeverdige tjenester (Molven, 2015, s.90). I Norge står likhetsprinsippet sterkt. Dette kommer blant annet frem i stortingsmeldingen «Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering» hvor lik rett til helsetjenester blir fremhevet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016 s. 11). Sykepleier kan ut fra rettferdighetsprinsippet føle at pasienter blir behandlet forskjellig fordi institusjoner organiseres ulikt med hensyn til når i utredningsforløpet de får informasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 10).

Argumentasjonen under rettferdighetsprinsippet taler verken for eller imot handlingsalternativ 1 - eller 2. Den stiller i stedet spørsmål ved om det er tilstrekkelig samsvar mellom juss og profesjonsetikk (i dette tilfellet rettferdighetsprinsippet). I de yrkesetiske retningslinjene, punkt 6, står det: «Sykepleier deltar aktivt i den offentlige debatten og bidrar til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial – og helsepolitiske beslutninger» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Videre under punkt 1 fremheves at «Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Punktene medfører at sykepleier, i det offentlige rom, bør stille spørsmål ved praksis som strider mot hennes profesjonsetikk, herunder rettferdighetsprinsippet.

5.1.2.3 Lar handlingene seg forsvare ut i fra omdømme?

Siden det er sykepleier som utfører en av handlingene er det hennes troverdighet/omdømme jeg ut fra pasientens ståsted drøfter.

Handlingsalternativ 1: Siden Omdømme dannes i skjæringspunktet mellom forventninger og opplevelser, er det nødvendig å identifisere pasientens forventninger til en situasjon og pasientens opplevelser av handlinger tilknyttet situasjonen.

Ettersom pasient ønsker å vite mest mulig i utredningsfasen, vil hennes forventninger mest sannsynlig være at hun får den informasjonen hun ber om. Dette jf. Pasient – og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2): «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Dersom pasientens opplevelser utelukkende er basert på om hun får den informasjon hun ber om, vil handlingsalternativ 1 innebære et negativt omdømme. Dette fordi forventningen (få informasjon som etterspørres) ikke lever opp til vedkommens opplevelser (sykepleier gir ingen informasjon).

Opplevelsen til pasient kan, slik jeg tolker teorien, overføres til Travelbees menneske – til – menneske - forhold. Dersom opplevelsen er en funksjon av Travelbees menneske -til – menneske - forhold mellom pasient og sykepleier, kan pasientens opplevelse av situasjonen stå i positivt forhold til forventningene. Med dette menes at dersom sykepleier gjennom kommunikasjon og terapeutisk bruk av seg selv, får pasienten til å føle seg respektert som et selvstendig individ hvor verdighet og integritet blir ivaretatt, kan pasienten selv om hun ikke

mottar den informasjon hun mener å ha krav på, få en positiv opplevelse av situasjonen. Omdømmet kan i så fall være positivt. Med andre ord trenger ikke opplevelsen og der igjen omdømme være resultat av om pasienten får den informasjonen hun etterspør, men heller et resultat av sykepleiers omsorg og hvordan pasient blir behandlet som menneske.

Handlingsalternativ 2: Gitt at sykepleier informerer om sannsynligheten for kreft, kan dette leve opp til forventningene om pasientens rett til informasjon (sett fra pasientens ståsted), men opplevelsen av å motta denne informasjonen før resultat fra biopsi foreligger kan være negativ om ikke pasienten, i tilstrekkelig grad, er i stand til å ta imot og bearbeide informasjonen. I så fall vil omdømmet bli negativt.

På den andre siden: Om pasienten klarer ta imot og bearbeide informasjonen rasjonelt, vil dette kunne styrke menneske – til – menneskeforhold hvor tillitt mellom sykepleier og pasient står sentralt. Forventningene vil da kunne stå i et positivt forhold til opplevelsen av å motta informasjon og omdømmet vil være positivt.

5.1.2.4 Lar handlingene seg forsvare ut fra økonomi

Handlingsalternativ 1: Sykepleier gir ingen informasjon til pasient. Hver gang pasient spør, sier hun at legen vil informere om relevant informasjon når dette foreligger.

Innholdet i Helsepersonelloven (1999, § 10) medfører at helseinstitusjoner selv lager rutiner for at hver pasient får en informasjonsansvarlig å forholde seg til. Det er opp til den enkelte institusjon å avgjøre hvordan dette best kan gjøres ut i fra interne organisasjonsforhold. Som sykehus med en begrenset økonomi, vil ledelsen prioritere å få mest mulig helse for pengene (NOU, 1997:18, s. 101). Organisering av helsetjenester vil reflektere dette. Å følge arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldene retningslinjer/føringer vil derfor økonomisk forsvare sykepleiers handling (Norsk sykepleierforbund, 2016, punkt 5).

Handlingsalternativ 2: Å gi informasjon kan være tidskrevende. Sykepleiers ressurser er begrenset. Det vil si at bruker hun mer tid på en pasient vil det gå ut over en eller flere andre pasienter. Effekt av å informere om mulig kreft vil sannsynligvis ikke stå i forhold til kostnaden (reduert tid til andre pasienter som kan trenge det mer). Argumentasjonen lar seg overføre til Travelbees sykepleierteori. Jf. teorien oppnås sykepleiers mål og mening med å etablere et menneske – til – menneske forholdet med pasient. Forholdet er en prosess og

skapes gjennom flere faser som kan være tidskrevende (Travelbee, 1999, s.186-218). Dersom sykepleier bruker mye tid på å informere en pasient om en mulig diagnose, kan dette gå ut over andre pasienter fordi hun ikke har tid til å etablere et menneske – til – menneske – forhold med disse og der igjen heller ikke identifisere deres sykepleiebehov for å mestre sykdom - og lidelse, finne mening i erfaringene, samt forebygge sykdom og lidelse og fremme helse.

5.1.3 Spørsmål 1 - Konklusjon og drøfting av funn

Ut fra argumentasjonen over, og Birkler (2009, s.23) sin definisjon på etiske dilemma kan presentert historie defineres som et etisk dilemma fordi det kan være en verdikonflikt mellom det sykepleier kan, bør og skal gjøre.

Sett fra både et juridisk – og økonomisk ståsted er den beste løsningen å følge handlingsalternativ 1.

Ut fra perspektivet verdier, etikk, moral og omdømme fremstår verken handlingsalternativ 1 eller handlingsalternativ 2 som det klart beste.

I denne casen står verdier, etikk, moral og omdømme på den ene siden, og lovgivning og økonomi på den andre siden ovenfor det samme etiske dilemmaet. Spørsmålet er til syvende og sist hvilken vekt sidene bør ha i forhold til hverandre dersom de er i konflikt? Molven (2015, s. 94) redegjør for dette spørsmålet: Når loven på et bestemt område er tydelig og ikke åpen for handlingsvalg, kan ikke andre perspektiver som etiske overveielser brukes som grunnlag for handlinger. Lovgivningen forplikter således helsepersonell, herunder sykepleiere, til lovlydighet, uavhengig av deres verdier, menneskesyn og yrkesetiske retningslinjer. Ut fra dette er det eneste riktige, handlingsalternativ 1: Sykepleier gir ingen informasjon til pasient. Hver gang pasient spør, sier hun at legen vil informere om relevant informasjon når dette foreligger. Aasen (2000, s. 465) bekrefter dette og sier at det ikke er akseptabelt at sykepleier uten å ha fått beskjed fra lege om å gjøre det, informerer pasient. Forfatteren sier videre at dette ligger utenfor sykepleiers kompetanse, selv hun skulle ha aldri så mye erfaring. Videre skriver hun at det er fullt mulig at en pasient i en situasjon vil få optimalt utbytte av det hun ber om i samtalen med sykepleier, men det er ikke gitt at en annen

pasient i samme situasjon vil få det samme utbyttet. Dersom lege i det sist nevnte tilfellet vil måtte tilkalles, vil tillitt til lege kunne være brutt og god dialog og relasjon forhindres.

Christiansen (2009) drøfter forholdet mellom juss og profesjonsetikk. Forfatteren beskriver det som «en situasjon hvor det ikke lenger er profesjonens selvregulering gjennom egne standarder – som yrkesetikk er et uttrykk for- er svekket til fordel for en juridisk regulering av fagutøvelsen» (Christiansen, 2009, s. 2). Videre stiller hun spørsmål ved om den juridiske reguleringen har endret sykepleiernes praksis. Hun argumenterer for at praksis ikke er endret, men lovverket har endret sykepleiers begrunnelse for handling. Hun sier sykepleiere har alltid ønsket å handle til det beste for pasientene. Tidligere var dette begrunnelse nok for en handling. En begrunnelse basert på profesjonsetikk som velgjørenhets – og ikke - skadeprinsippet. I dag derimot vil motiver for handling, hevder hun, baseres på risiko for søksmål dersom lover ikke blir overholdt. Som forfatteren sier «vi handler til pasientens beste, fordi det er det beste for oss selv. Pasientens beste er ikke målet, men middelet som skal redde vårt eget skinn som yrkesutøvere» (Christiansen, 2009, s. 3). Dette kan gjøre noe med måten det sykepleiefaglige skjønn utøves på: hvor er vi i relasjonen og måten vi ser pasienten på (Christiansen, 2009, s. 4). Om dette overføres til Travelbee sin teori, kan det stilles spørsmål ved et menneske – til – menneske - forhold utelukkende lar seg etablere på grunnlag av juss. Blant forutsetninger for et menneske – til – menneske - forhold er empati, sympati, og gjensidig forståelse og kontakt. Jeg vil hevde at mye av grunnlaget for disse forutsetningene ligger i vår profesjonsetikk, og ikke nødvendigvis i juridiske retningslinjer og normer. Om dette er tilfelle, vil vi i tilstrekkelig grad klare å innfri sykepleiers hensikt som ifølge Travelbee (1999, s. 29) er å hjelpe pasienten med å mestre sykdom - og lidelse og finne mening i erfaringene, samt forebygge sykdom, lidelse og fremme helse?

Uavhengig av begrunnelse for handling; profesjonsetikk eller juss, har «Sykepleieren et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2016, punkt 1). Dette for at helsehjelpen skal være forsvarlig og hensiktsmessig (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Chiaranai (2011) påpeker i sin artikkel viktigheten av reflekterte beslutninger i det sykepleier står ovenfor etiske dilemma. I sin forskning registrerte hun tre nivå for vurdering av handlingsvalg. På første nivå (immediate level) ble det ikke hvor det ikke var noe tid brukt på

refleksjon. På det andre nivået (Intermediate level) ble brukt litt tid på forklaring og refleksjon mens på det tredje nivået (Deliberated level) var valgt handlingsalternativ begrunnet gjennom tilstrekkelig og relevant informasjon, diskusjon og refleksjon. Artikkelen konkluderte med at sykepleiers funksjon og prestasjon var avhengig hvilket nivå hun løste dilemmaene på. Graden av gode beslutninger korrelerte positivt med økende nivå på beslutning. Park (2012) støtter dette og fremhever at det er viktig å identifisere etiske problem og ha gode beslutningsmodeller for disse. Hun skriver videre at en strukturert og god beslutningsmodell ikke garanterer en etisk riktig eller god beslutning, men påpeker at modellene belyser beslutningsgrunnlag og styrker bevissthet rundt kliniske beslutninger. Jeg vil med dette avslutte med et utdrag fra sangen «Det hainnle om å leve» som jeg synes passer godt for refleksjon rundt etiske dilemmaer:

«Vess svart e svart og kvitt e kvitt, då e du blind førr alt.

Då ser du ikkje lys nå' meir, i varmen blir det kaldt.

Du blir ein sjakkmønstrat konstruksjon med pepitarutat sjæl

Vess kvitt førr dæ e berre kvitt, har du slådd live' ditt i hjæl.

Førr æ snakke om å leve, æ snakke om å gje

Æ snakke om å ælske, æ snakke om å se...» (Hellebust, 1997).

5.2 Spørsmål 2 - Kunne det etiske dilemmaet sykepleier stilles ovenfor vært forebygget?

Spørsmål 1 konkluderte med at handlingsalternativ 1 vil være det beste ut fra et juridisk ståsted: Hver gang pasient spør, sier hun at legen vil informere om relevant informasjon når dette foreligger.

Gitt at sykepleier handler etter hva som er juridisk riktig i forhold til Helsepersonelloven (1999, § 10) hvor legen er informasjonsansvarlig, hvordan kunne da det etiske dilemmaet vært forebygget?

I denne delen vil jeg se på faktorer som kunne bidratt til at sykepleier ikke ble stilt ovenfor det etiske dilemmaet presentert i oppgaven. Besvarelsen nedenfor vil ta for seg fire områder som kan bidra til at etiske dilemma kan forebygges. Disse omfatter: 1) Relasjon mellom sykepleier og pasient, 2) Organisering, 3) Skriftlig informasjon og 4) Økt kunnskap og opplæring.

5.2.1 Relasjon mellom sykepleier og pasient

Min case presenterte en pasient som var innlagt på sykehus og til utredning for cancer colon. I følge Giske (2010, s. 260) er pasienter innlagt på sykehus til utredning sårbare fordi de lever med en usikkerhet om fremtiden. I tillegg til usikkerhet og venting, er de avhengige av helsepersonell, herunder sykepleiere, for å komme gjennom utredningsfasen og frem til en konklusjon. Pasienter opplever også økende grad av sårbarhet når verdighet og autonomi blir krenket (Giske, 2010, s. 257).

Som en konsekvens av økt sårbarhet blir det en ubalanse i maktforholdet mellom sykepleier og pasient. Sykepleier vil ha makt ut fra erfaring og kunnskap hun besitter, og ved at hun er medvirkende til å bestemme forløpet til pasienten (Giske, 2010, s. 254). Eide og Eide (2014, 51-61) støtter dette og skriver at pasient er en ofte fysisk og eller psykisk svekket, noe som gjør pasienten sårbar og avhengig av helsepersonell. Videre sier de at jo større avhengighet pasienten føler, jo større blir avmaktfølelsen.

Ut fra Travelbees definisjon på lidelse, tolker jeg sårbarhet, avmakt og usikkerhet som en form for lidelse. Travelbee skriver i sin teori at lidelse av er noe alle mennesker vil erfare gjennom livet, men at hva som oppfattes som lidelse er individuelt.

I min case opplever pasient avmakt og sårbarhet gjennom usikkerhet om hva fremtiden vil bringe og informasjon knyttet til det. I den sammenheng ville Travelbee, slik jeg forstår teorien, si at sykepleiers hovedmål er å gi håp - og mestre lidelsen, samt å finne mening i erfaringen.

Hvordan håp og mestring skapes i denne casen og hos pasienter for øvrig i utredningsfasen vil være forskjellig fra pasient til pasient siden hvert menneske er unikt (Travelbee, 1999, s. 54). Med ulik tilnærming til pasientene blir sykepleier kjent med den enkelte pasient og har grunnlag for å identifisere vedkommens behov, ivareta hans behov og oppfylle hensikten og

målet med sykepleien: Å mestre, gi håp eller bære sykdom og lidelse, samt å finne mening i erfaringene (Travelbee, 1999, s.29).

Gitt at sykepleier er lovlydig og følger Helsepersonelloven (1999, § 10) der legen i dette tilfellet er informasjonsansvarlig, kan sykepleier gjennom et menneske – til – menneske – forhold være til stede for pasienten og bidra til trygghet, anerkjennelse, forutsigbarhet, tillit, og stimulans til mestring og håp i situasjonen selv om hun ikke informerer om mulig kreft. Dette vil også være i tråd med profesjonsetikk hvor verdiene respekten for det enkelte liv og iboende verdighet blir ivaretatt gjennom de yrkesetiske retningslinjene punkt 1, 2 - og 5: «Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten», «Sykepleier ivaretar den enkeltes pasient verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» og «Sykepleier setter seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldene retningslinjer og er lojal mot disse så langt det er i samsvar med Sykepleiens grunnlag» (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Oppsummert for denne delen er derfor: Gitt at sykepleier velger handlingsalternativ 1 og opptrer lovlydig, klarer å skape håp, mestring og mening med lidelsene pasienten har, vil hun i denne casen ikke lenger stå ovenfor et etisk dilemma fordi hun ikke lenger trenger å ta stilling til handlingsalternativ 2 om å gi informasjon om mulig kreft fordi pasienten mestrer og har håp frem til endelig diagnose foreligger og legen informerer.

5.2.2 Organisering

I en undersøkelse utført av Pedersen et al. (2015, s. 127) oppgir halvparten av de inneliggende pasientene at de ikke har fått informasjon om utredningen de skulle igjennom. Forfatterne oppgir at noe av forklaringen kan ligge i tid som en knapp ressurs, kort liggetid hos pasientene eller en kultur med lite fokus på pasientens individuelle behov for informasjon. De fremhever at ideelt sett blir pasienten best forberedt på utredningsfasen og stressnivå redusert når informasjon fra helsepersonell er konkret og logisk strukturert, og når informasjonen er tilpasset og rett timet til hver enkelt pasient (Pedersen et al., 2015, s. 123). Slik jeg tolker det, innebærer dette at for at informasjonsbehovet til hver enkelt pasient, i størst mulig grad, skal dekkes, er organisasjonen derfor avhengig av systematisk organisering som blir etterlevd av helsepersonell. Helsepersonelloven (1999, § 10) pålegger enhver helseinstitusjon, herunder

sykehus, å organisere informasjon til pasientene på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Ettersom det er administrasjon/ledelse som setter opp føringene vil jeg anta at de innfører en organisering det er konsensus rundt og som følgelig følges opp av personellet som arbeider der. At det er konsensus rundt en organisering kan, slik jeg tolker det, beror på at helsepersonell støtter det ut fra både profesjonsetikk og juss. Dersom det er konsensus rundt organiseringen av pasienters rett på informasjon vil følgelig sykepleier synes det er både etisk - og juridisk riktig å følge gjeldene regelverk, Helsepersonelloven (1999, § 10), hvor lege er informasjonsansvarlig. Hun vil da heller ikke, jf. Aadlands modell (2001, s. 164), stå ovenfor et etisk dilemma.

Dersom organiseringen ikke har tilstrekkelig tilslutning og ledelsen ikke tar det til etterretning, vil sykepleier som da ikke støtter organiseringen av informasjon til pasient, og jf. Aadlands modell (2001, s. 164) befinne seg i et etisk dilemma i valget mellom å utvise sivil ulydighet eller moralsk svikt. Som et alternativ til å velge mellom de to handlingsalternativene, kan hun ifølge Sneltvedt (2017, s. 107 - 108) begynne med å gå tjenestevei for eksempel gjennom klinisk etikk – komiteer for forbedring av organisering og rutiner for informasjonsformidling. Det kan også være et alternativ å gå gjennom Norsk sykepleierforbund og hovedtillitsvalgte. Dersom dette ikke er tilstrekkelig, kan fylkeslege kontaktes. Han har tilsynsmyndighet og mulighet til å gi og følge opp pålagte forbedringer av organiseringen (Flatås, 1994, s.171). Av dette følger: At dersom organisering forbedres og det er konsensus blant helsepersonellet rundt organiseringen vil sykepleier ikke lenger måtte stå ovenfor et etisk dilemma fordi hun vil handle i tråd med Helsepersonelloven (1999, § 10) og det hun mener er yrkesetisk riktig.

Av argumentasjonen over følger at administrasjon/ledelse på sykehus bør bestrebe en systematisk og god organisering av informasjon. Dette for å sikre pasientenes rettigheter, men også lette arbeidet for helsepersonell slik at de ikke stilles opp i situasjoner som innebærer etiske dilemma. Dette kan best gjøres ved å ha en organisering som har høy tilslutning (konsensus) blant helsearbeiderne.

5.2.3 Standardisering av skriftlig informasjon

Denne delen henger sammen med organisering. Jeg velger imidlertid å ta det som et eget punkt for å synliggjøre at små grep, kan gjøre stor forskjell.

Artikkelen til Pedersen et al. (2015) viser til at enkle rutiner som skriftlig informasjon før utredning ser ut til å ha betydning for pasientenes opplevelse av å få tilstrekkelig informasjon. Forfatterne sier at i enkelte sykehus er det eksempelvis utarbeidet informasjonsark eller brosjyrer om utredningsforløpet. Brosjyren kan for eksempel inneholde informasjon om forløpet til utredningen, hvordan den kan oppleves og hva pasienten kan vente seg i etterkant frem mot resultat. Selv om det ikke bør komme i stedet for muntlig informasjon fra helsepersonell, kan et skriftlig informasjonsark, slik jeg ser det, i de tilfellene pasientene er usikre på hendelsesforløpet, bidra til trygghet og en mer forutsigbar utredningsprosess. Et eksempel dette kan være: Dersom det ikke er vanlig å gi svar på pasientens spørsmål under utredningen og frem til endelig diagnose foreligger, bør dette informeres om både muntlig og skriftlig i forkant. Det kunne bidratt til økt forutsigbarhet - og trygghet hos pasient, økt tillitt til informasjonsansvarlig og der igjen sykepleier. Som følge av tiltaket vil pasient innstille seg på at informasjon ikke utleveres før endelig resultat foreligger og at det da er lege som informerer. Dette vil i sin tur kunne føre til at sykepleier ikke må ta stilling til etiske dilemmaer som dette caset presenterte.

5.2.4 Kunnskap til og opplæring av informasjonsansvarlig/lege

Jeg vil her diskutere legenes betydning i forhold til informasjonsutveksling mellom helsearbeidere og pasient. Begrunnelsen for at jeg diskuterer leger i en oppgave basert på sykepleie, er at legene på sykehus som regel er satt til å være informasjonsansvarlig. Deres organisering og utveksling av informasjon med pasientene vil påvirke sykepleier direkte fordi de i større grad enn legene oppholder seg på sengepost med pasient. Gulbrandsen (2008) skriver om at kommunikasjon med pasienter ofte er undervurdert fra legenes ståsted. Mange av dem mener det i beste fall kan bedre pasienttilfredsheten, men har ingen avgjørende rolle for behandling (Gulbrandsen, 2008, s.2840). I følge forfatteren vil mer kunnskap og opplæring om pasienters rett til informasjon for leger, kunne bidra til holdningsendringer og effektiv informasjonsutveksling mellom pasient og helsepersonell, herunder sykepleiere. Slik jeg forstår det, er logikken denne: Dersom leger ikke utøver pasientsentrert kommunikasjon, vil dette kunne føre til et udekket behov hos pasientene for informasjon. Pasientenes udekkede behov, vil i neste rekke overføres til sykepleier som, store deler av tiden, oppholder seg på sengepost med pasienten. Dette kan i neste rekke føre til at sykepleier stilles ovenfor etiske dilemma som for eksempel denne oppgaven har presentert. For holdningsendringer og

effektiv informasjonsutveksling argumenterer Gulbrandsen (2008) derfor for at undervisning i klinisk kommunikasjon bør bli en del av videreutdanningen til alle kliniske spesialister.

Dersom argumentasjonen overføres til Travelbee sin teori, kan det argumenteres for at også leger må være beviste på et menneske – til – menneske – forhold slik at pasientens behov effektivt blir identifisert slik at leger og sykepleiere sammen kan bane vei for forebygging og mestring av sykdom og lidelse, samt finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Leger må i så fall, i like stor grad som sykepleiere, ha evne til disiplinert intellektuell problemløsning og «terapeutisk bruk av seg selv» (Travelbee, 1999, s.43). Kommunikasjon står, som beskrevet tidligere, sentralt i denne prosessen.

Jeg vil avslutte denne delen med noe jeg mener er et treffende sitat for informasjon mellom pasienter og helsepersonell:

«Jeg hører ofte kolleger klage over at pasientene ikke husker hva de er blitt fortalt. Vi må innse at årsaken ligger hos oss selv, og det kan vi og våre arbeidsgivere gjøre noe med» (Gulbrandsen, 2012, s. 2034).

6 Avslutning

Denne delen inneholder tre deler. I første del trekkes trådene sammen fra diskusjonsdelen og oppsummeres. Videre så er det et avsnitt kalt kritisk tilbakeblikk på oppgaven. Her vil jeg reflektere litt rundt egen oppgave. Til slutt, i del 5.3, presenteres et område som hadde vært interessant å studere videre.

6.1 Oppsummering

Oppgaven har belyst hvordan pasienters ønske om informasjon kan være et etisk dilemma for sykepleier. Som diskusjonsdelen har belyst, er det ingen enkle løsninger fordi verdier under de ulike handlingsalternativene kan være i konflikt med hverandre. Som en følge av at det ikke eksisterer enkle løsninger, er det viktig å identifisere og kartlegge de etiske dilemmaene, samt ha gode beslutningsmodeller for disse. Dette støttes av Chiaranai(2011) og Park (2012). Chiaranai(2011) påpeker viktigheten av reflekterte beslutninger i det sykepleier står ovenfor etiske dilemma. Hennes artikkel konkluderte med at sykepleiers funksjon - og prestasjon var avhengig av hvilket nivå hun løste dilemmaene på. Park (2012) sier videre at en strukturert og god beslutningsmodell ikke garanterer en etisk riktig eller god beslutning, men påpeker at modellene belyser beslutningsgrunnlag og styrker bevissthet rundt kliniske beslutninger. At sykepleiere bør ha reflekterte begrunnelser for handlingene sine gjenspeiles også i de yrkesetiske retningslinjene, punkt 1 «Sykepleier har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette for at helsehjelpen skal være forsvarlig og hensiktsmessig (Helsepersonelloven § 4).

Bevissthet rundt institusjonenes organisering, relasjoner mellom pasient og sykepleier, økt kunnskap om kommunikasjon og pasienters rettigheter, er eksempler på områder som kan påvirker forekomst av etiske dilemma. Dette ble skrevet om under spørsmål 2 «Kunne det etiske dilemmaet sykepleier stilles ovenfor vært forebygget?». I denne delen synliggjøres først hvilken betydning relasjonen mellom sykepleier og pasient har for et etisk dilemma basert på pasientens ønske om informasjon. I den sammenheng trekkes Travelbees teori frem og begrunner hvordan et menneske – til – menneske – forhold kan bidra til trygghet,

anerkjennelse, forutsigbarhet, tillit, og stimulans til mestring og håp i situasjonen selv om hun ikke informerer om mulig kreft. Dette vil også være i tråd med profesjonsetikk hvor både arbeidstedets retningslinjer og respekten for det enkelte liv og iboende verdighet blir ivaretatt gjennom de yrkesetiske retningslinjene punkt 1, 2 og 5 (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Videre blir det satt søkelys på organisering, herunder også skriftlig informasjon.

Administrasjon/ledelse på sykehus bør bestrebe en systematisk og god organisering av informasjon. Dette for å sikre pasientenes rettigheter, men også lette arbeidet for helsepersonell slik at de ikke stilles opp i situasjoner som for eksempel etiske dilemma. Dette støttes av Pedersen et al. (2015). Forfatterne fant at halvparten av de inneliggende pasientene ikke fikk relevant informasjon om utredningen de skulle igjennom. De fremhever at ideelt sett blir pasienten best forberedt på utredningsfasen og stressnivå redusert når informasjon fra helsepersonell er konkret og logisk strukturert, rett og tilpasset hver enkelt pasient. De viser til at enkle rutiner som skriftlig informasjon før utredning ser ut til å ha betydning for pasientenes opplevelse av å få tilstrekkelig informasjon.

Til slutt i spørsmål 2 diskuteres legenes betydning i forhold til informasjonsutveksling mellom helsearbeidere og pasient. Grunnen til at legenes betydning ble diskutert, er at de på sykehus som regel er satt til å være informasjonsansvarlig. Deres organisering og utveksling av informasjon med pasientene vil påvirke sykepleier direkte fordi det er hun i mye større grad enn legene oppholder seg på sengepost med pasient. I følge Gulbrandsen (2008) vil mer kunnskap og opplæring om pasienters rett til informasjon for leger vil kunne bidra til holdningsendringer og effektiv informasjonsutveksling mellom pasient og helsepersonell. Om dette overføres til teorien av Travelbee, kan det argumenteres for at leger i like stor grad som sykepleiere bør være bevisste på opparbeidelse av et menneske – til – menneske – forhold slik at de sammen med sykepleiere effektivt identifiserer pasientens behov for informasjon og ut fra det arbeider for håp fremfor fortvilelse hos pasient.

6.2 Kritisk tilbakeblikk på oppgaven

Av diskusjonsdelen og oppsummering over, følger at det ikke er en enkel løsning for verken problemstilling 1 eller 2. Jeg har derfor ikke en konkret konklusjon tilknyttet

problemstillingene. Dette kan tenkes at er en svakhet, men på den annen side understreker det hvor komplekse etiske dilemma kan være. Oppgaven påpeker imidlertid betydningen av bevisgjørelse av etiske dilemma og fremhever hvor viktig det er for et godt beslutningsgrunnlag. Den synliggjør i tillegg enkelte tiltak som kan virke forebyggende på etiske dilemma som omhandler pasienters rett til informasjon.

6.3 Videre forskning

I diskusjonsdelen skrev jeg om at sykepleier, ut fra, rettferdighetsprinsippet kan føle at pasienter blir behandlet forskjellig fordi institusjoner organiseres ulikt med hensyn til når i utredningsforløpet de får informasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 10). I den forbindelse kunne det være interessant å kartlegge forskjellene mellom sykehus. Det vil si i hvordan de organiserer, i hvilken grad de vektlegger en systematisk organisering og hvordan organiseringen blir etterlevd av helsepersonellet som arbeider der. Jeg tenker at dette kan belyse sykehusenes styrker og svakheter og fremheve det som er bra og det som kunne vært bedre. I tillegg kan store forskjeller være en indikator på at Helsepersonelloven (1999, § 10) ikke i tilstrekkelig grad innfrir sykepleiens verdier, menneskesyn og faglige fundament, men vektlegger en minstestandard som innebærer at det bare ytes et minimum av hjelp (i denne sammenheng informasjon) som kreves etter loven. Dette kan i neste rekke bidra til en samfunnsdebatt rundt lovverket.

Litteraturliste

Aadland, E. (2001). *Etikk for helse – og sosialarbeidarar* (3.utg). Oslo: Det Norske Samlaget.

Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft: Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aasen, H. S. (2000). *Pasienters rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. (6. Utg.). Oxford: University Press.

Befring, K.A. (2004a). Når skal informasjon ikke gis. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 124(2), 214. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2004/01/rett-og-urett/nar-skal-informasjon-ikke-gis>

Befring, K.A. (2004b). Pasientens rett til informasjon. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 124(1), 79 – 80. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2004/01/rett-og-urett/pasientens-rett-til-informasjon>

Birkler, J. (2009). *Etisk håndverk: Håndtering af etiske dilemmaer i klinisk sygepleje*. København: Munksgaard Danmark.

Brinchmann, B. S. (2017). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Chiaranai, C. (2011). Dilemmas within the Context of Nursing: a Concept Analysis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(3), 248 – 256.
<http://ezproxy.vid.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104686036&site=ehost-live>

Christiansen, B. (2009). Sykepleiernes yrkesetikk svekkes av jussen. *Sykepleien*, 92(8), 42-45.
doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0034>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Flatås, T. (1994). *Fra etisk refleksjon til handling: Sykepleiernes faglig/etiske ansvar*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Giske, T. (2010). Sårhet, makt og tillit - den gode bro mellom sårbarhet og makt, eksemplifisert med pasienter innlagde på sjukehus til utgreiing. *Michael Quarterly*, 7, 254 – 261. Hentet fra: <http://michaelquarterly.no/pdf/2010/2-254-61.pdf>

Guldbrandsen, P. (2008). God kommunikasjon – også for legenes skyld. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128(24), 2840 – 2842. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2008/12/kronikk/god-kommunikasjon-ogsa-legenes-skyld>

Guldbrandsen, P. (2012). Å gi informasjon om sårbarhet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(18), 2034. Hentet fra: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0854>.

Hellebust, K. (1997). *Det hainnla om å leve – mellom anna*. Oslo: Musikkoperatørene.

Helse – og omsorgsdepartementet (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste: Melding om prioritering*. (Meld. St. 34 2015–2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2017). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. (Rundskriv IS-8/2015). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf>

Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. (Rundskriv IS-IS-8-2012). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsepersonelloven%20med%20kommentarer.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Innovasjon Norge (2009). *Håndbok i omdømme- og merkevarebygging*. Hentet fra http://www.innovasjon norge.no/contentassets/9402828926c442dc97f9cbd9f8dc4f15/11215_infohandbok_web.pdf

Kvalnes, Ø. (2017). *Se gorillaen: Etikk i arbeid* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Lunde, B. V. (2017). Juss og etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 162-185). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Molven, O. (2015). *Helse og juss* (8 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleierforbund (u.å., 1.februar). *Etikk på 1-2-3*. Hentet fra <https://tvo.nsf.no/yrkesetikk/etikk-pa-1-2-3>

NOU 1997:18 (1997). *Prioritering på ny— Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Odland, L.-H. (2017). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 25 – 42). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Olsen, J. A. (2012). *Helseøkonomi: Effektivitet og rettferdighet*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Park, E.-J. (2012). An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nursing Ethics*, 19(1), 139 – 159. Hentet fra <http://ezproxy.vid.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104513543&site=ehost-live>

Pasient – og brukerretighetsloven (1999). Lov om pasient – og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr.63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Pedersen, K. L., Sørheim, A. M., Giske, T. (2015). Pasientinformasjon i forkant av undersøkelser ved en medisinsk poliklinikk: Ulike betingelser for at polikliniske og

inneliggende pasienter skal være godt nok forberedt. *Nordic Jorurnal of Nursing Reseach*, 35(2), 123 – 129. doi: <https://doi.org/10.1177/0107408315579811>.

Saxlund, A. M. (2016). *Navigasjonshulet: Modell for å ta gode beslutninger*. Hentet fra <https://sunnledelse.no/navigasjonshulet-modell-for-a-ta-gode-beslutninger/>

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2017). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97 – 113). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2.juli 1999 nr. 61. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Universitetet i Bergen (2017). *SveMed+: Søkeveiledning*. Hentet fra <http://www.ub.uio.no/fag/medisin/ressurser/veiledninger/svemed.pdf>

Vedlegg 1 – Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

- 1) Sykepleieren og profesjonen: Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten.
- 2) Sykepleieren og pasienten: Sykepleier ivaretar den enkeltes pasient verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.
- 3) Sykepleier og pårørende: Sykepleier viser respekt og omtanke for pårørende.
- 4) sykepleieren og medarbeidere: Sykepleier viser respekt for kollegaers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer.
- 5) Sykepleieren og arbeidsstedet: sykepleier setter seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldene retningslinjer og er lojal mot disse så langt det er i samsvar med Sykepleiens grunnlag.
- 6) Sykepleieren og samfunnet: Sykepleier deltar aktivt i den offentlige debatten og bidrar til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial – og helsepolitiske beslutninger.

Kilde: (Norsk sykepleierforbund, 2016)

