

Du bestemmer – eller kanskje ikke?

Plikten til å redde liv versus pasientens rett til å være medbestemmende kan bringe oss opp i vanskelige etiske dilemmaer.

Berit Liland

Intensivsykepleier og medlem av Rådet for sykepleieetikk
Akershus universitetssykehus

Sykepleien 2017 105 (62424) (e-62424)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2017.62424

I intensivavdelingen er det om å gjøre å redde liv, og avansert livreddende intensivbehandling gjør det mulig å redde mange pasienter over medisinske kriser. På grunn av denne utviklingen oppstår mange utfordringer og etiske problemstillinger. Hvor lenge skal behandling fortsette når det er lite sannsynlig at pasienten vil overleve? Hva slags liv redde pasienten til? Hva er pasientens egen vilje?

Retten til medbestemmelse

Selv om intensivpasienter i den akutte fasen sjelden er i stand til å være medbestemmende, vil noen i løpet av den tiden de får intensivbehandling være i stand til å fortelle hva de selv ønsker av livsforlengende behandling.

Dette var tilfellet med en eldre dame ved intensivavdelingen jeg jobber ved. Pasienten hadde vært igjennom to store operasjoner, og var over den første kritiske fasen med respiratorbehandling over noen dager. Vi som jobbet rundt henne hadde godt håp om at hun kunne komme seg gjennom sykdommen, så vi ble litt forbauset da hun samme dag som hun var kommet av respiratoren sa at hun ikke ville mer – hun ville dø.

Respiratorpasienter har ikke stemme på grunn av tuben som går ned til luftveiene, så kanskje hadde den eldre damen tenkt over dette en tid. Når tuben var ute, fikk hun mulighet til å fortelle oss dette. Hvordan skulle vi møte det at hun ikke ville mer? Mente hun det? Var det smerter og påkjenningene ved å være intensivpasient som gjorde at hun ikke orket mer? Eller kjente hun at hun var «ved veis ende»?

Hun ville ikke mer

Sykepleieren hadde en lengre samtale med henne omkring disse spørsmålene, og hun følte seg trygg på at pasienten hadde gjort seg opp sin mening om hva hun ville og ikke ville. Selv om pasienten nå var i bedring, var det likevel viktig å ta utsagnet hennes på alvor. Sykepleieren var sitt ansvar bevisst og brakte pasientens ønske videre til legen ved avdelingen, som også hadde samtaler med pasienten.

På dette tidspunktet var det ikke snakk om å trekke behandlingen tilbake; hun var ute av respirator og situasjonen ble vurdert til å være stabil, men pasientens ønske kunne tas med i en helhetsvurdering av situasjonen.

Nye komplikasjoner

I dagene som fulgte forsøkte sykepleierne med god smertelindring, omsorg og pleie å holde motet til den eldre damen oppe. Hun hadde besøk av sin nærmeste familie, som også gjorde sitt for at hun skulle få mot og styrke til å komme seg. Dessverre ble det etter et par dager nye komplikasjoner, og det ble klart at hvis hun skulle ha sjanse til å overleve, måtte hun igjennom en tredje operasjon. Hvordan utfallet kom til å bli var svært usikkert, alder og allmenntilstand tatt i betraktning. Sannsynligvis måtte hun også igjennom ny runde med respiratorbehandling etter operasjonen, som uansett god og omsorgsfull pleie ville innebære ubehag.

På nytt ble det samtaler om hva hun ønsket av behandling. For at pasienten skulle kunne foreta et valg, måtte hun få informasjon om alternativene: Nytt kirurgisk inngrep som, hvis alt gikk bra, kunne gjøre at hun fikk forlenget livet med uker, måneder eller år. Hvis hun valgte å ikke la seg operere, ville hun ha svært kort tid igjen å leve.

Ønsket ikke operasjon

Den eldre damen sto ved det hun hadde sagt tidligere: Hun ønsket ingen ny operasjon, selv om hun visste at det ville bety at hun hadde kort tid igjen å leve. Familien støttet hennes avgjørelse, til tross for sorgen og egne ønsker om at hun skulle la seg operere og få en sjanse til å overleve. Hun ble hørt og fikk aksept for sitt standpunkt av leger, sykepleiere og pårørende, og hun fikk være med i beslutningsprosessen mens hun ennå var i stand til å være medbestemmende.

Da avgjørelsen var tatt, ble det et skifte fra aktiv behandling til lindrende behandling. Hun fikk enerom, overvåkningsutstyr ble fjernet, hun fikk god smertelindring og ro.

I døgnene som fulgte satt familien ved sengen, og det kom venninner på besøk som bidro med gode minner. Kvelden den eldre damen døde, ble en kveld med både latter og tårer. Det ble en verdig avslutning på livet fylt med varme, omsorg og medmenneskelighet, i tråd med pasientens eget ønske.

Hjelpeplikt versus pasientens autonomi

Respekten for menneskeverdet står sentralt for helsepersonellens plikt til å redde liv, og hjelpeplikten for helsepersonell er hjemlet i Helsepersonelloven § 7 (1). Nødvendig helsehjelp skal ifølge loven gis, selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke.

Denne hjelpeplikten står særlig sentralt i intensivavdelingen, der hovedfokus er å redde liv. Samtidig er respekten for pasientens autonomi en viktig verdi i det norske helsevesenet. Pasienten har ifølge norsk helserett rett til selvbestemmelse, og hovedregelen er at pasienten skal samtykke til helsehjelp. Hvis pasienten ikke er i stand til dette, kan pårørende formidle pasientens behandlingsønske.

Retten til medbestemmelse og selvbestemmelse gir også en alvorlig syk og døende pasient som er samtykkekompetent, rett til å motsette seg livsforlengende behandling (2).

Samtykkekompetanse

For å være medbestemmende må pasienten være samtykkekompetent. Hvordan kan leger og sykepleiere være sikre på at pasienten er i stand til å være medbestemmende og innforstått med konsekvensene av å si nei til operasjon, dialyse, antibiotika eller at respiratoren koples fra?

Smertes, depresjon, utmattelse, medikamenter, og kanskje endret livssituasjon kan gjøre det vanskelig for den det gjelder å se fremover og se at det finnes muligheter for et liv med god livskvalitet etter sykehusoppholdet.

Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende påpeker at det viktig å gjøre tiltak som fremmer pasientens samtykkekompetanse, slik at han/hun er i stand til å ta en avgjørelse på riktig grunnlag.

Det er ikke alltid pårørende vet hva pasienten ønsker av behandling – enten pasient har en kronisk sykdom eller om det er en tidligere frisk pasient som har blitt akutt og kritisk syk. Det er heller ikke lett for pårørende å si nei til livreddende behandling på vegne av pasienten når deres eget ønske er at «alt» må gjøres for å redde en de er glad i.

Etiske utfordringer

Det ligger mange utfordringer i det å skulle handle til det beste for pasienten, intensivpasienten spesielt, slik at hans/hennes verdighet og rettigheter ivaretas. Sykepleiere har ifølge yrkesetiske retningslinjer plikt til å ivareta pasientens rett til være medbestemmende: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (3).

«Vår» pasient var en eldre dame som døde fordi hun ikke ønsket mer behandling, hun var ved veis ende i livet sitt.

Hvordan ville denne historien endt hvis pasienten var en dame på 40 år? Ville pasientens rett til selvbestemmelse stått like sterkt? Hvis legene hadde unnlatt å operere, selv om det var «påtrengende nødvendig» med kirurgisk inngrep for å redde liv; ville det vært mer etisk riktig om helsepersonells hjelpeplikt hadde gått foran pasientens selvbestemmelsesrett?

Referanser:

Referanser:

1. Lov av 2. juli 1999 nr. 4 om helsepersonell (Helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 22.06.2017)
2. Lov av 2. jul. 1999 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1999.
Tilgjengelig
fra: https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1 (nedlastet 22.06.2017)
3. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011.