

BACHELOROPPGAVE:

«Ser du ikke det jeg ser?»
Uenigheter i beslutningsprosessen om
begrensning av livsforlengende behandling

FORFATTERE: RENATE CECILIE JOHNSEN OG TRUDE
SJÅHEIM HELLA

STUDENTNUMMER: 140744 / 470736

Dato: 18. Mai 2018

SAMMENDRAG

Tittel:	«Ser du ikke det jeg ser?» Uenigheter i beslutningsprosessen om begrensning av livsforlengende behandling.	Dato: 18.05.18
Deltaker(e):	Renate Cecilie Johnsen & Trude Sjøheim Hella	
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen	
Stikkord/ nøkkelord (3-5 stk)	Beslutningsprosessen, livsforlengende behandling, uenigheter, overbehandling.	
Antall sider/ord: 45 / 10 900	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Bakgrunn: Overbehandling av pasienter i livets slutfase foregår i sykehus og sykehjem i dag. Dette medfører uenigheter i beslutningsteamet i beslutningsprosessen.</p> <p>Formål: Undersøke hvordan vi kan håndtere uenighetene som oppstår i beslutningsteamet ved beslutningsprosessen.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som benytter vitenskapelige forskningsartikler. Søkingen foregikk i databasene Medline ovid, Proquest Health and Medicine, Wiley Online Library og Cinahl. Forskningsresultatene i utvalgte artikler ble kritisk analysert og sammenliknet mot hverandre og teori. Analysen skulle føre frem et svar til vår valgte problemstilling.</p> <p>Resultater: Forskningsresultatene avdekket gjentakende utfordringer som medfører uenigheter mellom beslutningstakerne. Funnene presenteres i syv kategorier: Roller, ansvar og identiteter, kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid, usikkerhet, etikk, verdier og perspektiver, makt og behandlingsiver, kriterier og retningslinjer og kompetanse.</p> <p>Sykepleierens identifisering med pasienten og legens identifisering med de pårørende påvirker profesjonell beslutningstaking. Ulike roller og ansvar hos beslutningstakerne skaper uenigheter på grunn av liten forståelse. Sykepleierens følelse av å bli ekskludert fra beslutningstakingen, makthierarkier blant beslutningstakerne, og stor behandlingsiver blant enkelte yrkesgrupper er også viktige årsaker. Beslutningsprosessen innebærer samtidig usikkerhet, kompetansemangler og etiske overveielser. Alle overnevnte utfordringer viser seg å skape uenigheter. Mangel på dokumentasjon av pasientstatus og klare retningslinjer har også vist seg å være medvirkende faktorer til at beslutningsprosessen innebærer uenigheter.</p> <p>For å håndtere uenighetene viser resultatene at disse utfordringene må løses.</p> <p>Konklusjon: Bedre tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon mellom beslutningstakerne er hovedfunnet. Det er nødvendig for en forståelse av hverandres verdier, ansvar og perspektiver. Spesifikke samarbeidsstrategier, undervisning om bevisst kommunikasjon og debriefing bør benyttes. Bedret pasientdokumentasjon, utvikling av kriterier og retningslinjer for beslutning og opprettelse av utdanningsprogrammer vil kunne forebygge at uenigheter oppstår. Bruken av klinisk etiske komiteer vektlegges til slutt som en viktig ressurs.</p>		

ABSTRACT

Title:	«Don't you see what I see?»	Date:	18.05.18
	Disagreements in the end-of-life decision-making process.		
Participants:	Renate Cecilie Johnsen & Trude Sjøheim Hella		
Supervisor(s):	Siri Gunn Simonsen		
Keywords	Decision-making process, over-treatment, disagreements, life-extaining treatment		
	(3-5)		
Number of pages/words:	45/ 10 900	Number of appendix:	0
		Availability:	Open
Background: Over-treatment of patients in end-of-life care takes place in hospitals and nursing homes today. This causes disagreements in the decision-making process.			
Purpose: Examine how to handle the disagreements that arise in the decision-making process.			
Method: The study is a literature study that utilizes scientific research articles. The search was conducted in the databases Medline, Proquest Health and Medicine, Wiley Online Library and Cinahl. The articles were critically analyzed and compared to each other and theory. The analysis should lead to an answer to our chosen problem.			
Results: The results reveal repeated challenges that cause disagreements between the decision-makers. The findings are present in seven categories: Roles, responsibilities and identity, communication and interdisciplinary cooperation, uncertainty, ethics, values and perspectives, power and eager to treat, criteria and guidelines, and competence. The nurse's identification with the patient and the physician's identification with the relatives affects professional decision-making. Various roles and responsibilities create disagreements due to lack of understanding. Nurses being excluded from the decision-making, power and eagerness to treat among certain groups also have an impact. At the same time, the decision-making process involves uncertainty, shortcoming in skills and ethical considerations. Lack of patient status documentation and insufficient guidelines have also proven to be contributing to disagreements. To handle them, the results show that all of these challenges must be solved.			
Conclusion: Better interdisciplinary cooperation and communication are the main finding. It is necessary for an understanding of each other's values, responsibilities and perspectives. Specific cooperation strategies, teaching on conscious communication and debriefing should be used. Same as improved patient documentation and development of education programs. The preparation of clear guidelines and criteria for the decision-making process are also mentioned as methods. The use of clinical ethical committees is emphasized as an important resource.			

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	- 4 -
1.0 Introduksjon.....	- 5 -
1.1 Introduksjon til valgt tema	- 5 -
1.2 Problemstilling	- 6 -
1.3 Begrensninger.....	- 6 -
1.4 Sykepleierfaglig relevans	- 6 -
1.5 Sentrale begreper.....	- 7 -
2.0 Bakgrunn	- 8 -
2.1 Relevant teori	- 9 -
3.0 Metode.....	- 13 -
3.1 Litteraturstudie	- 13 -
3.2 Søkestrategi	- 13 -
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	- 13 -
3.4 Kritisk vurdering	- 14 -
3.5 Søkedokumentasjon.....	- 15 -
4.0 Resultat.....	- 17 -
4.1 Presentasjon av valgte artikler.....	- 17 -
4.2 Analyse av valgte artikler.....	- 18 -
5.0 Drøfting	- 24 -
5.1 Identitet og roller	- 25 -
5.2 Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid	- 27 -
5.3 Usikkerhet	- 30 -
5.4 Etikk, verdier og perspektiver	- 32 -
5.5 Makt og behandlingsiver	- 35 -
5.6 Kriterier og retningslinjer	- 37 -
5.7 Kompetanse	- 38 -
6.0 Konklusjon	- 40 -
7.0 Referanseliste	- 43 -

1.0 Introduksjon

1.1 Introduksjon til valgt tema

Hvem har fasiten på hvor langt man skal strekke en behandling for en kortvarig forlengelse av livet?

Overbehandling av pasienter som befinner seg i slutfasen av livet foregår i stor grad i norske sykehus og sykehjem i dag. Årsakene er blant annet mange behandlingsmuligheter og ny avansert medisinsk teknologi som gjør det meste mulig. Overbehandling er kjent gjennom internasjonal forskning, og er derfor ikke et nytt tema heller i Norge (Halvorsen, 2013).

Dette etiske dilemma krever en beslutningsprosess om begrensning av livsforlengende behandling. I beslutningsprosessen er tverrfaglig samarbeid helt sentralt, og forskning viser at det kan være en utfordring. Når en i beslutningsteamet ikke ønsker å slippe troen på den livsforlengende behandlingen, skaper det frustrasjon og uenighet hos personalet med en annen oppfatning av situasjonen (Langerud, 2009).

Erfaring fra situasjoner hvor pasienten har mottatt det man kan kalle åpenbar nytteløs behandling har lagt et grunnlag for valg av tema. Behandlende lege fra moderavdeling øker aktiv behandling, mens anestesilege og sykepleier mener behandlingen er nytteløs da pasientens kliniske tegn tydelig viser at døden er nært forestående. Samtidig responderer ikke kroppen på den aktive behandlingen.

Hensikten med valgt tema er å danne et kunnskapsgrunnlag for å håndtere uenigheter i beslutningsprosessen. Med vår erfaringsbaserte kunnskap, søker vi gjennom denne oppgaven etter forskningsbasert kunnskap på tema for å kunne arbeide kunnskapsbasert (Helsebiblioteket, 2018). Vi vil forsøke å svare på oppgavens hensikt, og på den måten øke kunnskapen blant sykepleiere for å bli faglig sterkere i beslutningsprosessen rundt begrensning av livsforlengende behandling. Samtidig håper vi oppgaven vil bidra til mer fokus rundt overbehandling av pasienter, slik at det kan forebygges.

1.2 Problemstilling

Hvordan håndtere uenigheter innad i beslutningsteamet ved beslutningsprosessen om begrensning av livsforlengende behandling?

1.3 Begrensninger

Beslutningsprosessen rundt livsforlengende behandling er et vidt tema med mange innfallsvinkler. Enkelte begrensninger er derfor nødvendig for å ivareta oppgavens kriterier.

Vi velger å fokusere på uenigheter innad i beslutningsteamet. Det beslutningstakende teamet vil si det teamet som tar beslutningen i beslutningsprosessen. Sykepleiere, spesialsykepleiere og ulike leger er eksempler på yrkesgrupper som kan inngå i dette teamet. Vi velger og ikke fokusere på pasientens eller pårørendes synspunkter og ståsted i denne oppgaven. Det innebærer også at livstestamentet, religion og kultur heller ikke vektlegges. Hovedfokus blir uenigheter blant beslutningstakerne, og hvordan disse kan håndteres.

Valgt arena for oppgaven er sykehus. Pasientgruppen innebærer alle i akutt eller kritisk situasjon hvor en beslutningsprosess om begrensning av behandling er nødvendig. Eksempel: Postoperative komplikasjoner, cancer med metastaser eller sepsis. Avdeling er ikke spesifisert da problemstillingen er aktuell alle steder hvor beslutningsprosessen kan forekomme.

1.4 Sykepleierfaglig relevans

Beslutningsprosessen om begrensning av livsforlengende behandling er relevant i sykehus og i enkelte sykehjemsavdelinger. Sykepleiere inngår som en del av det tverrfaglige teamet som står i beslutningene. De som kjenner pasienten og pasientsituasjonen godt, skal delta i beslutningsteamet (Helsedirektoratet, 2013).

Selv om behandlingsansvarlig lege har avgjørende beslutningsmyndighet, er sykepleiere en av de yrkesgruppene som er mest involvert i beslutningsprosessen. Dette fordi sykepleierens rolle blant annet er å observere kliniske tegn. Sykepleierne arbeider tett med pasienten, og setter dem i en situasjon hvor endringer i pasientens kliniske tilstand blir enklere å oppfatte. Observasjonene gir et viktig grunnlag for beslutningen som skal tas. Ofte bygger beslutningen på disse observasjonene. På denne måten er sykepleieren tett involvert i beslutningsprosessen om begrensning av livsforlengende behandling, og dermed involvert i uenighetene som må håndteres.

1.5 Sentrale begreper

Nytteløs behandling

Nytteløs behandling er et begrep som er vanskelig å definere. I denne oppgaven innebærer begrepet en behandling som verken forlenger livet eller gir pasienten lindring (Helsedirektoratet, 2013).

Overbehandling

Defineres som symptom- eller sykdomsrettet behandling som gir liten eller ingen effekt. Behandlingen påfører pasienten unødige plager, og medfører lidelse (Helsedirektoratet, 2013).

Livsforlengende behandling

Defineres som de tiltak eller behandlinger som kan utsette pasientens død. Eksempler på livsforlengende behandling er væske- og ernæringsbehandling, cytostatikabehandling, intensivbehandling, antibiotikabehandling eller ventilasjonshjelp (Helsedirektoratet, 2013).

Beslutningsprosessen

Begrepet beslutningsprosess kan ha flere betydninger. I denne oppgaven defineres det som beslutningen om å begrense, trekke tilbake, avslutte eller fortsette livsforlengende behandling. Vi vil bruke ordet «beslutningsprosess» som en forkortelse av denne definisjonen (Helsedirektoratet, 2013).

Tverrfaglig samarbeid

I helsetjenesten er tverrfaglighet en metode ulike faggrupper og profesjoner bruker på tvers av hverandre i samarbeid om en pasient eller pasientgrupper. Det kan være samarbeid mellom faggrupper med ulik utdanning, og det kan være samarbeid mellom faggrupper med samme utdanning, men med ulike spesialiteter. Eksempler på dette er samarbeidet mellom leger og sykepleiere (Store medisinske leksikon, 2009).

2.0 Bakgrunn

Beslutningsprosessen skaper uenigheter mellom beslutningstakerne når de ikke er enig om når det er riktig å vurdere behandlingsnivået. Beslutningsprosessen er også en av de vanligste årsakene til at etiske konflikter oppstår i beslutningsteamet (McAndrew og Leske, 2015). Sykepleierne er den parten i teamet som ofte de første til å sette spørsmål ved pasientens behandlingsnivå (Jensen et al. 2013) (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008).

Nytteløs intensivbehandling blir startet opp og vedlikeholdt oftere i dag enn tidligere. Overbehandling forekommer også, og oppleves som uverdigg da det bidrar til å forlenge dødsprosessen og dermed lidelsene hos pasienten (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008) «Jeg føler meg som en torturist» beskriver en sykepleier (Laurent et al. 2017, s.2027)

Ofte i akutte situasjoner hvor beslutning om begrensning av livsforlengende behandling skal tas, er ikke pasienten lengre i stand til å ytre sin mening. Mindre enn 5 % av intensivpasienter er i stand til å ta egne avgjørelser når det gjelder behandling (McAndrew og Leske, 2015). Behandlingsteamet er da nødt til å ta beslutninger på vegene av pasienten (Jensen et al. 2013), og vil påvirkes av ulike menneskesyn, ulik vurdering av medisinsk data, verdier, skyldfølelse og maktposisjoner i beslutningsteamet (Brooks, Manias og Nicholson, 2017).

Vi kan spørre oss selv hvorfor disse uenighetene oppstår i behandlingsteamet når de medisinske forholdene rundt pasienten taler for seg. Beslutning om å gi eller begrense livsforlengende behandling skal bygge på en sikker vurdering av pasientens prognose, diagnoser og medisinske forhold. Dersom noen av disse forholdene derimot er usikre eller uklare, får vurdering av verdier en større betydning (Helsedirektoratet, 2013). Med bakgrunn i erfaringsbasert kunnskap har vi spurt oss selv. Når du som sykepleier vurderer at pasienten er døende ut i fra kliniske symptomer, og legen fortsetter å beslutte aktiv behandling: «Ser du ikke det jeg ser?».

Siden vi nå allerede vet at uenigheter forekommer i beslutningsprosessen, flytter vi fokuset over på hvordan vi kan håndtere dem.

2.1 Relevant teori

2.1.1 Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling; Veileder fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet utviklet i 2013 en revidert veileder for beslutningsprosessen. Veilederen ble utviklet etter et behov i det norske helsevesen, og kan tas i bruk av alle som behandler alvorlig syke og døende pasienter. Hensikten er å fungere som en hjelp i beslutningsprosessen. Samtidig kan den også brukes som et grunnlag i etiske refleksjoner (Helsedirektoratet, 2013).

Veilederen definerer situasjoner hvor livsforlengende behandling bør vurderes å begrenses.

Eksempler:

- Når behandlingen kan utsette døden men vil gi smerter og/eller plager som ikke kan lindres tilstrekkelig.
- Når behandlingen kan gi overlevelse, men konsekvensene av behandlingen eller sykdommen er svært alvorlige eller plagsomme (Helsedirektoratet, 2013).

Uenigheter og usikkerhet i beslutningsprosessen kan knyttes opp mot ulike syn på hva som er riktig og galt å gjøre i ulike situasjoner. Uenighetene kan forekomme innad i behandlingsteamet, men også mellom ulike behandlingsteam.

Veilederen legger foreslår hvordan man kan håndtere uenigheter eller usikkerhet i beslutningsprosessen. Blant annet nevnes klinisk etisk komité som et hjelpemiddel som kan bidra til en ny faglig vurdering av situasjonen (Helsedirektoratet, 2013). Selv om veilederen kort presenterer hvordan uenighetene kan håndteres, er det lite informasjon å finne om tema. Vi savner et tydeligere svar på hvordan vi kan håndtere uenighetene mellom beslutningstakerne.

2.1.2 Klinisk etisk komité

Som helsedirektoratet (2013) legger frem, kan klinisk etisk komité være en ressurs i beslutningsprosessen. En klinisk etisk komité er sammensatt av tverrfaglige medlemmer, både leger, sykepleiere og ofte sykehjem/sykehusprester. Andre yrkesgrupper kan også representeres.

Selve komitéen har ingen beslutningsmyndighet, men fungerer som en beslutningsstøtte når noen står i møte med utfordrende etiske dilemmaer. Komitéene mottar saker fra ansatte, pårørende og pasienter, og vil på møter gå igjennom saker som meldes inn. Bakgrunnen for saken, fakta, behandlingsalternativer og hva man ikke vet er viktig å få frem i drøftingen av saken. Den behandlingsansvarlige lege og andre helsepersonell som er involvert i saken kan delta. Drøftingen skal bidra til å klargjøre og analysere ulike perspektiver i saken, og ulike verdier i etiske dilemmaer. Slik er det meningen at de involverte i situasjonen, sammen med komitéen skal komme frem til en løsning som kan aksepteres av alle (Uio, 2012).

2.1.3 De fire etiske prinsipper

Beslutningstakerne står ovenfor utfordringer i beslutningsprosessen som inkluderer etiske dilemma (Jensen et al. 2013).

De fire etiske prinsippene rettferdighet, autonomi, velgjørenhet og ikke-skade har en stor innflytelse på den medisinske etikken i Norge. De ble arbeidet frem for å brukes i utfordrende medisinsk-etiske situasjoner. Uenigheter i beslutningsprosessen kan defineres som en slik situasjon. Prinsippene er likeverdige og defineres som en plikt (Brinchmann, 2014). Vi velger å fokusere på de to prinsippene ikke-skade og velgjørenhetsprinsippet. Autonomi og rettferdighetsprinsippet ekskluderes på grunn av oppgavens begrensninger.

Velgjørenhets- og ikke skade-prinsippet

Velgjørenhetsprinsippet omhandler plikten til å gjøre godt mot andre. Ikke skade-prinsippet henger tett sammen med velgjørenhetsprinsippet, og innebærer plikten til å ikke skade andre. Utfordringer er å vite hva som er til skade, og hva som er godt i hver enkelt situasjon. Dette fordi det vil være avhengig av hver enkeltes individuelle oppfatning av hva som er godt, og hva som er til skade. Faglig kunnskap og erfaringer øker forståelsen, men det vil aldri kunne tydes på bare en måte (Brinchmann, 2014).

2.1.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I tillegg til de fire etiske prinsipper er vi som sykepleiere spesielt knyttet til yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Sykepleie som fag omhandler et ansvar som forutsetter god bevissthet rundt etikken. Retningslinjene gir ingen fasit på etiske utfordringer eller forsvarlig sykepleie, men kan brukes som et verktøy for å bygge verdier og få i gang etiske refleksjoner. Sykepleie baseres på respekt for menneskerettighetene, omsorg og barmhjertighet. Respekten for enkeltmenneskets liv og verdighet skal prege sykepleiepraksisen.

Vår fundamentale plikt er å forebygge sykdom, fremme helse, lindre lidelser og sikre verdig avslutning på livet (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Sykepleieren og pasienten

Sykepleieren skal ivareta pasientens integritet og verdighet, det innebærer retten til omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp. Sykepleieren skal aktivt delta i beslutningsprosessene rundt livsforlengende behandling og bidra til en verdig og naturlig død (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sykepleieren og medarbeidere

Sykepleieren skal respektere kollegaer, andres arbeid og gi støtte i utfordrende situasjoner. Sykepleieren skal også fremme det tverrfaglige samarbeidet via åpenhet med medarbeiderne (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sykepleieren og samfunnet

Sykepleieren bidrar til at etiske og faglige normer ligger til grunn for helse- og sosialpolitiske beslutninger (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.1.4 NOU 2017:16 På liv og død

Denne offentlige utredningen legger til grunn at det er vårt ansvar som helsepersonell å unngå overbehandling inn mot livets slutt. Overbehandling forekommer og medfører nedsatt livskvalitet hos pasienten i dens siste levetid. Det er utfordrende å vite hvilke medisinske behandling som skal gis, og i hvilken grad. Årsakene er både samfunnsmessige, etiske og medisinskfaglige. De etiske og faglige utfordringene ligger i når det er riktig å avslutte livsforlengende behandling. Dersom den sykdomsrettede behandlingen ikke gir en forlengelse av livet, eller noen form for symptomlindring, skal den avsluttes. Flere studier viser allikevel at pasienter blir overbehandlet ved livets slutt (NOU (2017:16)).

Denne overbehandlingen er en viktig årsak til at uenigheter oppstår i beslutningsprosessen, og må derfor håndteres.

2.1.5 Lov om helsepersonell - Helsepersonelloven

Som helsepersonell er vi bundet til juridiske rammer, også i forbindelse med beslutningsprosessen. I kapittel 2, §4 i helsepersonelloven som omhandler forsvarlighet, står det nedfelt at vi som helsepersonell har en plikt til å samarbeide med annet kvalifisert personell. Samarbeidet i beslutningsprosessen er altså ikke bare et ønske, men en plikt (Helsepersonelloven, 2001).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Oppgavens rammer tilsier at dette skal være en systematisk litteraturstudie. Det vil si en studie som innhenter og sammenfatter allerede eksisterende litteratur med et kritisk blikk. Litteraturen benyttet i denne studien er vitenskapelige publikasjoner, som vil si artikler som presenterer ny kunnskap (Thidemann, 2015). De vitenskapelige publikasjonene kan være kvalitative eller kvantitative.

3.2 Søkestrategi

I startfasen benyttet vi oss av ustrukturerte søk i Oria, Google og Google Scholar for å se hvor omskrevet vårt valgte tema var. Dette også for å formulere en konkret problemstilling. Når tiden var inne for å starte opp strukturerte artikkelsøk, benyttet vi oss av enkelte av NTNU Gjøvik sine databaser. Benyttede søkeord og databaser nevnes i søkedokumentasjonen senere i oppgaven.

Vi ønsket å finne publikasjoner som belyste vårt tema, og som til en viss grad kunne svare til vår problemstilling. Ut i fra artiklenes resultater drøftet vi de opp mot valgt teori i oppgaven. Samtidig ble forskningsresultatene satt opp mot hverandre for sammenlikning av likheter og ulikheter.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">○ Vitenskapelig artikkel○ Skandinavisk eller engelsk språklig○ Ikke eldre enn 2000○ Omhandle vårt valgte tema○ Fagfellevurdert	<ul style="list-style-type: none">○ Artikkelen er eldre enn 2000○ Ikke vitenskapelig artikkel○ Artikkelen er ikke overførbar til norske forhold

3.4 Kritisk vurdering

En kritisk vurdering av valgte forskningsartikler er nødvendig for å vurdere hvor gyldig deres resultater er. Selv om publikasjonene er vitenskapelige kan de ikke benyttes uten en kritisk vurdering først. For å stille oss kritiske til valgte forskningsartikler har vi valgt ut enkelte punkter som et hjelpemiddel til å definere publikasjonenes troverdighet (Helsebiblioteket, 2018).

- Har artikkelen en klar formulert problemstilling?
- Er den benyttede metoden tydelig beskrevet og velegnet for å besvare problemstillingen?
- Er resultatene tydelig presentert? (Helsebiblioteket, 2018).

3.5 Søkedokumentasjon

Søkeord:	Database:	Kombinasjoner:	Antall treff:	Artikkel nr:
1.End-of-life	Medline ovid	2	212 405	
2.Challenges		6	3 453	
3. Withholding treatment		5	1 231	
4. Decisions		2 and 5	40	1
5. End-of-life decisions	Medline ovid	1	18 888	
6. Overtreatment		2	212 405	
7. Decision making process		3	14 042	
8. Collaboration challenges		4	121 379	
9. Decision making processes		1 and 3 and 4	180	
10. Nurses		1 and 2 and 3	39	2
11. Meaningless treatment	ProQuest Health and Medicine	5	2 125 529	
12. Over-treatment		7	3 060 713	
13. Nursing		8	906 164	
14. Physicians		5 and 7 and 8	2 826	3
15. Withdrawing	Wiley Online Library	9	789 824	
16. Withdrawing of treatment		10	478 725	
17. Physician		11	27 220	
18. Decision making		12	2 843 468	
19. Ethical		9 and 10 and 11 and 12	2 439	4
20. Conflict	ProQuest Health and Medicine	5 and 13	21 015	
21. Communication		5 and 13 and 9 and 14	8 372	
		5 and 13 and 9 and 14 and 15	1599	5
	ProQuest Health and Medicine	16	9 863	
		16 and 10	4 918	6
	CINAHL	1	15 208	
		4	42 299	
		10	195 135	
		1 and 4 and 10	112	7

	CINAHL	10	302 542	
		17	95 638	
		1	15 281	
		18	107 604	
		19	61 052	
		10 and 17 and 1 and 18 and 19	9	8
	CINAHL	20	26 140	
		21	125 070	
		2	79 565	
		18	108 114	
		20 and 21 and 2 and 18	32	9

Når søkene medførte at antall treff var få nok til å gjennomgå manuelt fokuserte vi på å lese titler. De artiklene som hadde en tittel som fanget interesse ble sett nærmere på. I noen av tilfellene kom vi over interessante titler selv om antall treff fortsatt var høyt. Dette fordi de havnet øverst på trefflisten.

Artiklene vi fant interessante ble først sjekket opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Dersom artikkelen oppfylte kriteriene gikk vi videre til å lese sammendraget for å få et bedre inntrykk av hva artikkelen omhandlet. Dersom artikkelen fortsatt virket relevant for vår problemstilling tok vi den med i en «ja-bunke». Da vi følte vi hadde funnet det som var av relevante forskningsartikler for vår problemstilling, startet utvalget av de som skulle bli med i oppgaven. Konklusjon og sammendrag ble lest på alle valgte artikler, hvor de som fortsatt viste seg å være relevante ble tatt med videre, og resterende ekskludert.

Artiklene vi endte opp med ble valgt ut etter kritisk vurdering, hvor de mest passende og interessante ble inkludert og resterende ekskludert.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av valgte artikler

Artikkelnr og tittel	Publiseringsår og tidsskrift	Forfattere	Land og deltakere	Metode	Studiens mål/hensikt	Resultater
Artikkel 1 Emotional Impact of End-of-Life Decisions on Professional Relationships in the ICU: An Obstacle to Collegiality.	2017 Critical Care Medicine s. 2023-2030	A.Laurent M. Bonnet, G. Capellier, P. Aslanian og P. Hebert	Canada 10 leger og 10 sykepleiere	Kvalitativ metode	Identifisere sykepleieres og legers erfaringer med beslutninger om å avslutte behandling, og få en bedre forståelse av hvordan følelser påvirker beslutningsprosessen i intensivavdeling.	Sykepleiere knytter seg til pasienten, og legene til de pårørende. Følelser og ulike interesser utfordrer beslutningene.
Artikkel 2: Challenges in End-of-life Decisions in the intensive Care Unit: An ethical Perspective.	2013 Bioethical Inquiry s. 93-101.	H.I. Jensen, J. Ammetorp, H. Johannessen og H. Ørding	Danmark 8 leger, 11 sykepleiere og 10 anestesipersonell	Kvalitativ metode	Utforske utfordringer danske sykepleiere, anestesi og leger erfarer i beslutninger om å avslutte behandling i intensivavdeling, og hvordan disse utfordringene påvirker beslutningsprosessen.	Etiske dilemma knyttes til alle utfordringene. Samarbeidsproblemer, endringer og utsettelse av beslutningen, behandlingstilstander og pasientens utfall viser seg som utfordringer. For å forbedre beslutningsprosessen må utfordringer behandles av tverrfaglig team.
Artikkel 3: Communication and Decision-making about end-of-life care in the intensive care unit.	2017 British Nursing Index s. 336-342.	L.A. Brooks, E. Manias, and P. Nicholson	Australia 17 sykepleiere og 11 leger	Kvalitativ metode	Utforske erfaringer og perspektiver til sykepleiere og leger når de beslutter livsavsluttende behandling i intensivavdelingen.	Et behov for bedre kommunikasjon er funnet. Klare organisatoriske prosesser er essensielt.
Artikkel 4: Value choices and considerations when limiting intensive care treatment: a qualitative study.	2008 Acta Anaesthesiologica Scandinavica s.10-17	K. Halvorsen R. Førde og P. Nortvedt	Norge 21 leger 25 sykepleiere	Kvalitativ metode	Belyse verdier og overveielser som påvirker beslutningsprosessen og beslutningen om å begrense behandlingen.	Usikkerhet i beslutningsgrunnlaget, sider som påvirker beslutningstakerne, forskjellig vektlegging av pasientfaktorer, og dynamikken i beslutningsprosessen er elementer som utfordrer beslutningstakingen. Underkommunikasjon av verdier er et viktig funn.
Artikkel 5: Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions.	2003 American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine s. 1310-1315	E. Ferrand et al.	Frankrike 3 156 sykepleiere og 521 leger	Kvantitativ metode	Evaluere oppfatningene til helsepersonell som er involvert i beslutningsprosessen om tilbaketrekning eller tilbakeholdning av livsoppretholdende behandling i intensivavdeling.	Tverrfaglig samarbeid med å godta alle involverte i beslutningsprosessen mening er viktig. Vonde konflikter oppstår når etiske verdier konkurrerer. Sykepleierens oppfatning spiller en rolle i beslutningsprosessen.
Artikkel 6: Negotiated dying; A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units.	2011 International Journal of Nursing Studies s. 1466-1474	T. Long-Sutehall et al.	England 13 Sykepleiere	Kvalitativ metode	Illustrere hvordan ulike dødsforløp påvirker og underbygger beslutningen om å trekke tilbake behandling i beslutningsprosessen, og hva sykepleiere gjør for å påvirke dette.	Spenning mellom leger og sykepleiere knyttes til deres ulike perspektiver. Når behandlingen skal trekkes og mangel på involvering av sykepleiere i beslutningen er to funn. Delt oppfatning av hverandres ansvar, mål og roller er viktig.

Artikkel 7: A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-life Decisions in Intensive Care Units.	2015 Sage Journals s. 357-374	N.S. McAndrew og J.S Leske	USA- Wisconsin 7 sykepleiere og 4 leger	Kvalitativ metode	Forstå legers og sykepleieres erfaringer og perspektiver med beslutning om å avslutte behandling i intensivavdeling.	Beslutningsprosessen er en balansehandling. Følelser, roller, ansvar, kommunikasjon og samarbeid påvirker den.
Artikkel 8: Doctors and nurses perceptions of ethical problems in end-of- life decisions	2000 Journal of Advanced Nursing s.707-715	K. Oberle og D. Hughes	Canada 14 sykepleiere og 7 leger	Kvalitativ metode	Identifisere og sammenlikne leger og sykepleieres oppfatning av etiske problemer.	Tverrfaglig kommunikasjon og gjensidig forståelse av hverandre er viktige funn. Etiske utfordringer har store likheter mellom sykepleiere og leger.
Artikkel 9: Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context.	2016 Australian Critical Care s. 161-166	L.A Brooks, E. Manias og P. Nicholson	Australia 11 leger og 17 sykepleiere	Kvalitativ metode	Undersøke opplevelsene og perspektivene til leger og sykepleiere når de utøver omsorg ved livets slutt i intensivavdelingen.	Forbedring av tverrfaglig samarbeid gjennom utvikling av utdanningsprogram for leger og sykepleiere kommer frem.

4.2 Analyse av valgte artikler

4.2.1 Artikkel 1: *Emotional Impact of End-of-Life Decisions on Professional Relationships in the ICU: An Obstacle to Collegiality.*

Første artikkel er en canadisk studie fra 2017, gjennomført i to intensivavdelinger på universitetssykehuset i Montréal i Canada. Deltakerne besto av ti sykepleiere og ti leger.

Artikkelen skapte interesse gjennom tittelen, og viste seg etter nærmere analyse å være relevant. Studien er ny, og tilfører ferske forskningsresultater til vår studie. Kvalitativ metode med kliniske intervjuer, analysert med fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) er benyttet. Metoden er tydelig beskrevet og velegnet for å svare på studiens problemstilling.

Metodevalget er hensiktsmessig fordi den legger til grunn en grundig forståelse av personlige erfaringer. Samtidig er utvalgsstørrelsen liten og fokuserer på en bestemt gruppe for å skaffe seg mest mulig informasjon. Det er viktig å fokusere analysen på mangfoldet av erfaringer, i stedet for mangfoldet av prøvematerialet. En standardisert prosedyre garanterte presisjonen på resultatene i IPA. Forskerne forsøker å forhandle frem det dynamiske forholdet mellom deltakernes individuelle opplevelser, og trekke én mening gjennom alle.

Artikkelen er publisert i et anerkjent tidsskrift, og har en IMRAD-struktur med oversiktlig design som gjør artikkelen troverdig. Studien er også godkjent av etisk komité og sykehusets egen ledelse. Resultater antyder blant annet at sykepleierens følelser ovenfor pasienten og legens følelser ovenfor de pårørende påvirker beslutningsprosessen. Flere resultater presenteres senere i oppgaven (Laurent et al. 2017).

4.2.2 Artikkel 2: Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective.

Studie nummer to er en dansk kvalitativ studie fra 2013, gjennomført på to danske sykehus. Elleve sykepleiere, ti anestesipersonell og åtte leger deltok i studien. Flere positive aspekt med studien medførte at vi valgte denne. At studien er dansk gjør at den kan relateres til det norske helsevesen. Studien har en klart formulert problemstilling, resultatene er tydelig presentert og metoden er godt beskrevet. Condensating method ble benyttet, og fokusgruppe intervju og individuelle intervju ble gjennomført. Fokusgruppene ble delt inn etter deltakernes erfaringer og profesjoner. Analysen fokuserte på «åpenbart innhold». For å få oversikt ble intervjuene lest gjentatte ganger, og ord av betydning ble uthevet. Studiens mål var å undersøke utfordringene de danske sykepleierne, anestesilegene og primærlegene erfarer ved beslutningsprosessen i intensivavdelingen, og hvordan disse utfordringene påvirker beslutningsprosessen. At tre ulike personalgrupper har blitt intervjuet styrker studien. Siden studien er kvalitativ med få deltakere gir den ikke noe innblikk i hvilke omfang utfordringene har. Derimot gir den innsikt i etiske utfordringer rundt beslutningsprosessen, opplevd av et tverrfaglig team.

Studien kom frem til to utfordringer som kunne plasseres som hovedkategorier. Dette innebar samarbeid og pasientens utfall, og inneholdt igjen underemner. Studien pekte også på etiske dilemmaer som er involvert i alle disse utfordringene (Jensen et al. 2013).

4.2.3 Artikkel 3: Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the Intensive Care Unit.

Artikkel tre er en australsk kvalitativ studie fra 2017 som gir innblikk i nyere forskningsresultater. Deltakerne var sytten intensivsykepleiere og elleve intensivleger, og studien foregikk i en intensivavdeling på et større tertiært sykehus i Melbourne, Australia. Semistrukturerte fokusgruppeintervju med tematisk analyse ble benyttet. Tematisk analyse innebærer koding av data, kategorisering av kodene og plassere dataene i kategorier med fokus på et tema. Fokusgruppeintervjuene ble lydinnspilt og transkribert for å sammenlikne erfaringene og oppfatningene fra de to faggruppene. Metode og problemstilling er tydelig formulert, og resultatene er presentert på en oversiktlig måte. Studien er etisk godkjent av det deltakende sykehuset, og forfatterne er troverdige kilder. Siden studien er kvalitativ og har

foregått på kun ett sykehus, gir ikke artikkelen svar på omfanget av data. Derimot gir den et godt innblikk i etiske og personlige faktorer i forbindelse med oppgavens tema.

Studien utforsket erfaringene og perspektivene sykepleiere har med beslutninger om avsluttende behandling i intensivavdeling. De kom frem til et behov for bedre kommunikasjonen og beslutningsprosessen. Enkelte deler av artikkelen omhandler pasientens og pårørendes perspektiv, og vil ikke vektlegges i denne oppgaven. (Brooks, Manias og Nicholson, 2017).

4.2.4 Artikkel 4: Value choices and considerations when limiting intensive care treatment: a qualitative study.

Artikkel fire er en norsk studie med kvalitativ metode, publisert i 2008. Deltakerne var tjueen anestesileger og tjuefem intensivsykepleiere og sykepleiere. Artikkelen belyser de hensynene og verdiene som påvirker beslutningsprosessen om begrensning av intensivbehandlingen. Studien har benyttet en hermeneutisk tilnærming med triangulering som metode. Metoden er valgt for å få frem det underliggende forholdet mellom handlingene og valgene leger og sykepleiere tar når de begrenser behandlingen. Triangulering besto av aktive observasjoner og halvstrukturerte dybdeintervjuer, hvor observasjonene ble gjort av første forfatter. Forfatteren deltok blant annet i samtaler hvor behandlingsbegrensninger ble diskutert og besluttet, i legenes morgenmøter og sykepleierapporter. Observasjonsnotater ble spilt inn i en observasjonsdagbok. Leger og sykepleiere som nylig hadde deltatt i beslutning om begrensning av intensivbehandling ble rekruttert for et dybdeintervju. Observasjonsmaterialet ble analysert på grunnlag av tradisjonell feltforskning, og ble strukturert som emner og underemner. Intervjuene ble analysert gjennom tre tolkende kontekster, utviklet av den norske forskeren Steinar Kvale. 1) Selvførelse, 2) kritisk forståelse basert på sunn fornuft 3) Teoretisk forståelse.

Selvforståelse er intervjuernes egen oppfatning av deltakernes uttalelse. Sunn fornuft er kritisk analyse og systematisering av intervjumaterialet i emner og underemner. Teoretisk forståelse dannet de empiriske resultatene. Funnene i observasjonene og intervjuene ble sett i relasjon til hverandre.

Studien kom frem til at beslutningsprosessen er utfordrende. Usikkerhet, forskjellig syn på pasientfaktorer og sider som påvirker beslutningstakerne er årsaker til dette.

Underkommunikasjon av verdier er et av hovedfunnene i artikkelen (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008).

4.2.5 Artikkel 5: Discrepancies between Perceptions by Physicians and Nursing Staff of Intensive Care Unit End-of-Life Decisions.

Artikkel fem er en stor Fransk kvantitativ studie fra 2003. Studien ble sendt ut sammen med svarskjema til direktøren og avdelingssykepleieren i hver intensivavdeling i 320 sykehus i Frankrike. 133 avdelinger endte opp med å delta. Svarskjema spurte om hvor mange leger og sykepleiere som jobber i intensivavdelingen, deres arbeidstittel og turnus. De som hadde jobbet i intensivavdeling i minst tre måneder fikk delta. Leger inkluderte turnusleger, behandlende lege og direktøren i avdelingen. Sykepleiere inkluderte sykepleiere, sykepleieassistenter, avdelingssykepleier og fysioterapeuter. Spørreskjema inneholdt lukkede spørsmål som tok 30-45 minutter å besvare. En pretest i form av intervju ble holdt for å vurdere at spørsmålene ble lett forstått. Begrepsavklaringer ble utdelt, og spørsmålsheftene ble sendt til hver avdeling to ganger med 21 dagers mellomrom. Studien ble godkjent av Fransk etisk komité. Univariat analyse ble benyttet for å sammenlikne forskjeller mellom leger og sykepleiere. Dette er et hensiktsmessig metodevalg for å besvare problemstillingen i studien, da det kun fokuseres på én og én variabel.

Artikkelen ble med i vår studie for å sammenlikne deres kvantitative resultater opp mot de kvalitative funnene i de andre artiklene. Studien er nokså gammel, men kan fortsatt brukes til å sammenliknes med andre resultater da tema er personlige perspektiver.

Funnene i artikkelen samsvarer med funnene i de andre artiklene (Ferrand et al. 2003). Vi kommer nærmere inn på funnene i drøftingsdelen.

4.2.6 Artikkel 6: Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units.

Dette er en Engelsk kvalitativ studie fra 2011 som benytter grounded theory som metode. Studien gikk over 12 måneder på fire kritiske sykehusavdelinger i Sør-England. I motsetning til de andre studiene, deltok kun sykepleiere. Til sammen var det tretten deltakere som gjennomførte enkeltintervjuer. Grounded theory er brukt for å gi en bred oversikt over, og utvikle en teori rundt sykepleieres erfaringer med tilbaketreking av behandling. To vide spørsmål ble utviklet for å få i gang intervjuet, deretter ble det tilført ytterligere spørsmål. Studien er godkjent av Southampton and South West Hampshire Research etisk komité, og er publisert i et anerkjent tidsskrift.

Spenning mellom leger og sykepleiere som knyttes til ulike perspektiver når beslutning om avsluttende behandling skal tas, kommer frem i studien. Tverrfaglige forskjeller og behovet for delte oppfatninger er to viktige funn (Long-Sutehall et al. 2011).

4.2.7 Artikkel 7: A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians when Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units.

Artikkel syv er en amerikansk studie med kvalitativ metode fra Wisconsin. Artikkelen ble publisert i 2015, og gir derfor nokså ferske forskningsresultater til vår studie. Studien har blitt godkjent av institusjonsutvalget. Elleve deltakere deltok, hvor syv av disse var sykepleiere og fire leger. Studien ble gjennomført på Midwestern sykehus hvor alle intensivavdelinger ble inkludert. Dette begrunnes med at beslutning om livsavslutning foregår alle steder hvor det forekommer kritiske situasjoner. Grounded theory ble benyttet som metode, og enkeltintervjuer av deltakerne ble gjennomført. Intervjuene ble lydinnspilt, og notater av deltakerens atferd og nonverbale kommunikasjon ble dokumentert. I dataanalysen ble kategoriene og underkategoriene identifisert for å utforme en foreløpig teori. Deltakernes inklusjons- og eksklusjonskriterier ble beskrevet, og sikrer at dataene er erfaringsbasert. Studien har også intervjuguiden som ble brukt i datasamlingen med som et vedlegg i artikkelen, noe som sikrer studien ytterligere. Alle disse faktorene ga oss et inntrykk av at studien er troverdig og ble derfor plukket ut til vår oppgave.

Studiens mål var å forstå legers og sykepleiers erfaringer og perspektiver rundt beslutningsprosessen. Studiens resultater avslørte en kjernekategori, hvor beslutning om å gi eller avslutte livsforlengende behandling ses på som en «balansert handling». Tre andre underemner ble også identifisert, og innebar faglige roller og ansvar, emosjonell respons og bevisst kommunikasjon og samarbeid (McAndrew og Leske, 2015).

4.2.8 Artikkel 8: Doctors' and nurses perceptions of ethical problems in end-of-life decisions.

Denne canadiske studien ble publisert i år 2000. Deltakerne var fjorten sykepleiere og syv leger i kirurgiske avdelinger på et stort akuttsykehus i Canada. Studien er kvalitativ og benytter seg av Grounded theory metode med tematisk analyse. Datasamlingen foregikk via ustrukturerte enkeltintervju som ble lydinnspilt til analyse. Individuelle meninger ble kategorisert, og mønstre som viste seg ble sortert i ulike temaer. Analysen foregikk i tre faser, hvor første fase innebar enkeltanalyser av intervjuene hvor temaer ble identifisert. Andre fase ble overordnede temaer felles for gruppene fastslått, mens i tredje del ble likheter og forskjeller mellom hvert tema notert. Årsaken til valgte metode var for å fastslå hvilke etiske problemer som oppfattes av leger og sykepleiere, og for å sammenlikne oppfatningene med nylig forskning og litteratur om etiske rammeverk i medisin og sykepleie. Problemstillingen er tydelig og valgte metode er relevant for å kunne svare på den. Studien har mottatt etisk

godkjenning fra forskningsetikkestyret. En god beskrivelse av hvordan deltakerne ble utvalgt til studien og informasjon rundt deres erfaring er inkludert i studiens metodedel, noe som sikrer kvaliteten på dataene. Artikkelen er nokså gammel, men siden etikk og opplevelser er like relevant i dag som før velger vi allikevel å inkludere den i vår oppgave. Vi vil allikevel være kritiske til eventuelle temaer som har utviklet seg de senere årene. Funnene i studien beskrives senere i oppgaven (Oberle og Hughes, 2000).

4.2.9 Artikkel 9: Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context.

Denne studien er gjennomført av de samme forfatterne som artikkel tre, men ble publisert i 2016. Studien er gjennomført i Australia og deltakerne var elleve leger og sytten sykepleiere fra en stor intensivavdeling på et sykehus i Melbourne.

Studien er kvalitativ og benyttet seg av spørsmål rundt barrierer, faktorer som gjør ting mulig å gjennomføre og utfordringer klinikere opplevde ved omsorgen rundt livets slutt. Deltakerne ble rekruttert av erfarne klinikere, og inklusjons og eksklusjonskriteriene er tydelig presentert. Datainnsamlingen foregikk via fokusgruppeintervju, hvor benyttede spørsmål er presentert i tabell. Dataene ble analysert gjennom tematisk analyse med koding og kategorisering av resultatene. Metoden er derfor hensiktsmessig for å svare til studiens problemstilling. Studien er etisk godkjent av deltakende helseledelse. Resultatene er tydelig presentert, og artikkelen har et ryddig design. Studien kom frem til punkter med forbedringsforslag rundt omsorgen ved livets slutt. Vi vil bruke resultatene til å sammenlikne med de andre studiene, som har et større fokus på utfordringer og erfaringer (Brooks, Manias og Nicholson, 2017)

5.0 Drøfting

En beslutning om begrensning av livsforlengende behandling bygges på medisinske og helsefaglige forsvarlige vurderinger, som er til pasientens beste. Samtidig er behandlingsansvarlige lege pliktig til å forsikre seg at behandlingen har en positiv virkning (Helsedirektoratet, 2013). Anatomi, fysiologi og klinikk er fag som er felles for yrkesgruppene i beslutningsteamet, og som ikke kan tolkes eller være flertydig. Når beslutningen skal bygges på denne bakgrunnen og vi alle ønsker det beste for pasienten, hvordan kan beslutningstakerne være uenig?

For å håndtere uenighetene innad i beslutningsteamet trenger vi å vite hvilke utfordringer og uenigheter de står ovenfor, og hvorfor de oppstår.

Beslutningsprosessen innebærer i følge Laurent et al. (2017) emosjonelle prosesser og identiteter blant beslutningstakerne som kan medføre konflikter, og komplisere forholdet mellom dem. Ulike syn på om det er riktig eller galt å avslutte livsforlengende behandling er en annen årsak til at det oppstår konflikter. Andre årsaker kan være liten tillitt til kollegaer, ulike verdisyn, svikt i kommunikasjonen eller uenighet om det medisinske grunnlaget.

Vi vil gjennom drøftingsdelen se om resultatene i valgte forskningsartikler samsvarer med teorien vi har lagt til grunn for oppgaven. Resultatene drøftes i syv forskjellige kategorier, utviklet ut i fra relevans.

5.1 Identitet og roller

Beslutningsprosessen innebærer identiteter og emosjonelle aspekt blant helsepersonell (Laurent et al. 2017). Disse faktorene er to årsaker til at uenigheter oppstår mellom beslutningstakerne. Et delt omsorgsforhold mellom leger og sykepleiere presenteres. Funn viser at sykepleiere identifiserer seg med pasientene. En «pasient-sykepleierallianse» beskrives, og innebærer sykepleierens følelse av å være pasientens talsmann ovenfor beslutningsteamet. Identifiseringen med pasienten medfører også at sykepleierne har en følelse av ansvar for pasientens død. Sykepleiere viser seg å være mer pessimistiske i pasientsituasjoner, nettopp fordi de omgås pasienten tettere og ser deres lidelser mer enn legene (Jensen et al. 2013). Legene beskriver derimot et tilknytningsforhold til pasientens pårørende. De fungerer som deres nærmeste samarbeidspartner. Det viser seg at legene er mer opptatt av kommunikasjon med pasientens pårørende, enn med sykepleierne (McAndrew og Leske, 2015). På denne måten bringer de pårørende med seg følelsesmessige aspekt inn i beslutningsprosessen og utfordrer det profesjonelle samarbeidet. Samtidig beskrives et ønske om å skåne de pårørende, og at legene derfor velger å utsette beslutningsprosessen (Laurent et al. 2017).

Faggruppens ulike perspektiver og roller i beslutningsprosessen er en årsak til uenigheter som utfordrer samarbeidet (McAndrew og Leske, 2015) (Jensen et al. 2013) (Long-Sutehall, 2011).

Sykepleiere er opptatt av god kvalitet rundt døden. Det innebærer blant annet at all livsforlengende behandling og gjenopplivningstiltak er trukket tilbake minst 8 timer før døden inntreffer. Kirurgene viser seg å være mest opptatt av å bekjempe døden, mens leger er opptatt av at døden skal inntreffe til rett tid. Funnene viser tydelige tverrfaglige forskjeller i holdninger, mål og perspektiver (Long-Sutehall, 2011).

Halvorsen, Førde og Nortvedt (2008) legger frem at ulike spesialiteter ser pasienten på ulike måter fordi de har forskjellig fokus. Kirurgene fokuserer for eksempel på kroppsorganer, mens legene på intensivavdelingen fokuserer på pasienten som en helhet. Lege: «Det er vanskelig å vite hvor du skal sette streken. Forskjellige spesialiteter vil ha forskjellige ideer om hva som er mulig og hensiktsmessig, og hvor linjen skal trekkes» (Brooks, Manias og Nicholson, 2017, s. 340). Forskjellene i perspektivene til beslutningstakerne vil naturlig nok medføre ulik vurdering, og blir derfor en kilde til uenigheter i beslutningsprosessen.

Årsaken til hvorfor det er så store forskjeller mellom yrkesgruppene kan forklares med ulike ansvar. Leger har ansvar for diagnoser og prognoser. Det gjør de opptatt av å ta behandlingsavgjørelser, og på den måten fokusere på å forlenge pasientens liv (Long-Sutehall, 2011). Sykepleieres ansvar omhandler å forebygge sykdom, fremme helse, lindre lidelse og sikre verdig avslutning på livet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det gir de et fokus på at pasienten ikke skal overbehandles.

Sykepleierne i studien til McAndrew og Leske (2015) beskrev deres ansvar som å bringe alle involverte i beslutningsprosessen sammen, dele informasjon med pasient og pårørende, og sørge for at de var godt ivaretatt. Legene beskrev deres ansvar som å innhente informasjon om pasienten og deretter presentere behandlingmulighetene.

Forskjellene i perspektiver og ulik oppfattelse av hvem som har hvilket ansvar medfører naturlig nok uenigheter mellom beslutningstakerne. Funn viser at dersom en skal håndtere disse uenighetene må beslutningsteamet ha en delt oppfatning av hverandres ansvar, perspektiver og roller (Long-Sutehall, 2011). For å oppnå delt oppfatning kreves god kommunikasjon og samarbeid. Forbedret tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon blir derfor nødvendig for å kunne håndtere uenighetene, og diskuteres videre i oppgaven.

5.2 Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid

En av utfordringene som viser seg å være mest gjentakende er kommunikasjon og samarbeid. Sykepleiere er misfornøyde med beslutningsprosessen på grunn av at beslutningen om å avslutte behandling ikke blir tatt. De føler også de ofte må følge ordre og godta beslutninger de ikke har deltatt i. Slik blir de nødt til å fortsette og gi en behandling de beskriver som «tortur» for pasienten. Sykepleiernes identitet, verdier og idealer blir i disse situasjonene beskrevet som frarøvet (Laurent et al. 2017). En sykepleier beskrev:

Vi er veldig frustrerte. Jeg tror vi skader mange av pasientene. Det spiller ingen rolle om vi forteller de fleste legene om smertene eller lidelsene ...om hvor elendig pasienten har det med all den behandlingen de får osv. Det er som det faller på døve ører (Oberle og Hughes, 2000, s.711).

Resultater viser at sykepleierne ikke blir lyttet til av legen. De viser også at legene har en forventning om at sykepleierne skal tie selv om de opplever at feil beslutning tas (Oberle og Hughes, 2000). Det og ikke kunne medvirke i beslutningsprosessen selv om de har en detaljert forståelse og god faglig vurdering av pasienten, skaper uenigheter mellom beslutningstakerne. Misnøyen bekreftes også av Ferrand et al. (2003) som skriver at 75 % av sykepleierne i studien ofte er misfornøyd med beslutningsprosessen. Jensen et al. (2013) presenterer et urovekkende resultat hvor sykepleierens grad av inkludering i beslutningsprosessen er avhengig av deres autoritet og maktposisjon, mer enn deres faglige kunnskaper. Makt tas opp som eget tema senere i oppgaven.

Som beskrevet i punkt 5.1 er legene mer opptatt av kommunikasjon med pårørende enn med beslutningsteamet. Dette medfører at sykepleierne føler seg ekskludert fra beslutningsprosessen (McAndrew og Leske, 2015) (Laurent et al. 2017). Situasjonen skaper uenigheter, tross at legene hevder og ikke oppleve kommunikasjon- eller samarbeidsproblemer med sykepleierne (McAndrew og Leske, 2015).

Selv om legene ikke opplever dette, er det erfart at ved mangler i kommunikasjon eller samarbeidet, oppstår uenigheter i beslutningsteamet (McAndrew og Leske, 2015) (Helsedirektoratet, 2013). Et annet synspunkt er at sykepleiernes grad av inkludering i beslutningsprosessen er varierende, avhengig av kulturen i avdelingen og hvem som er i ledelse i beslutningsprosessen (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Igjen kan man se at maktposisjoner og autoritet har en innvirkning.

Sykepleiere føler seg altså ofte ekskludert fra beslutningsprosessen (Oberle og Hughes, 2000) (McAndrew og Leske, 2015) (Laurent et al. 2017). Dette til tross at det er de som behandler og kjenner pasientsituasjonen som i all hovedsak skal delta i beslutningsteamet (Helsedirektoratet, 2013). Norsk sykepleierforbund (2016) beskriver at sykepleieren skal delta aktivt i beslutningsprosessene rundt livsforlengende behandling. Sykepleierne kjenner pasientsituasjonen godt fordi de jobber tett på dem. Når de da opplever å ekskluderes, skaper det naturlig nok uenigheter.

At uenigheter i beslutningsteamet oppstår som et resultat av å ikke få delta i beslutningsprosessen bekreftes av Oberle og Hughes (2000) og Long-Sutehall (2011). Mangel på tverrfaglig samarbeid kommer tydelig frem som en årsak til dette.

Tverrfaglig samarbeid i beslutningsprosessen er behøvd, og alle helsepersonell som er involvert i pasientens situasjon bør delta i den (Jensen et al. 2013). 91 % av sykepleierne og 80 % av legene mente at beslutningsprosessen skal være et tverrfaglig samarbeid (Ferrand et al. 2003). Beslutningen skal alltid bygge på drøftinger gjennomført av et tverrfaglig behandlingsteam som er involvert i pasienten (Helsedirektoratet, 2013). Dette er nødvendig for å legge best mulig grunnlag for riktig beslutning.

Utfordringene ligger i samarbeidet (Jensen et al. 2013). Samarbeid og felles beslutningstaking blir understreket som viktig, men foregår ikke alltid i praksis (Brooks, Manias og Nicholson, 2016). Funn viser at kun 27 % av sykepleierne og 50% av legene mente at beslutningene faktisk ble tatt i samarbeid (Ferrand et al. 2003).

Tverrfaglig aksept er utfordrende å oppnå når mange helsepersonell er involvert i en pasient. Desto fler det er i behandlingsteamet, jo mer uenigheter er det (Brooks, Manias og Nicholson, 2017) (Laurent et al. 2017). Vilje til tverrfaglig samarbeid viser seg også å variere fra behandlingsgruppe til behandlingsgruppe (Brooks, Manias og Nicholson, 2017).

Kommunikasjon og samarbeid mellom beslutningstakerne er en viktig del i beslutningsprosessen. Leger og sykepleiere kommuniserer konstant i hverdagen, men er allikevel ikke alltid enige i beslutningene. Som nevnt skapes uenigheter mellom beslutningstakerne ved mangler i samarbeid eller kommunikasjon. For å håndtere disse, trengs forbedringstiltak.

Spesifikke samarbeidsstrategier, undervisning om bevisst kommunikasjon, detaljerte pasientoverføringer, klare og tydelige beskjeder mellom beslutningstakerne og kritiske debrifinger er elementer som fremmer kommunikasjon og samarbeid mellom

beslutningstakerne. Dette vil igjen medvirke til å håndtere uenighetene. Det ses at god kommunikasjon og samarbeid medfører felles tilnærming, som igjen fører til felles beslutningstaking og dermed færre uenigheter (McAndrew og Leske, 2015).

Andre funn viser at større åpenhet i beslutningsprosessen vil forbedre det tverrfaglige samarbeidet (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008) (Brooks, Manias og Nicholson, 2016).

Jensen et al. (2013) skriver at tverrfagligheten forbedres gjennom å diskutere felles mål og verdier, og at viktigheten av hvert teammedlem må erkjennes. At beslutningstakerne er åpne og diskuterer uenighetene i beslutningsprosessen, samt godtar de involvertes ulike perspektiver er viktig (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Yrkesetiske retningslinjer legger frem at vi som sykepleiere skal fremme tverrfaglighet gjennom åpenhet med våre medarbeidere (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Skal det kunne foregå er det nødvendig med god kommunikasjon og samarbeid i beslutningsteamet.

Sett fra et juridisk perspektiv er det tverrfaglige samarbeidet i utfordrende situasjoner også lovpålagt. Som §4 i helsepersonelloven legger frem, skal yrkesutøvelsen foregå ved samhandling og samarbeid med kvalifisert helsepersonell når pasientsituasjonen tilsier det (Helsepersonelloven, 2001). Beslutningen skal også drøftes tverrfaglig i samarbeid (Helsedirektoratet, 2013).

Til slutt nevnes lederskap i beslutningsprosessen som nødvendig for å forbedre samarbeid (Brooks, Manias og Nicholson, 2016). Lederskapet må ha et tydelig konsept og få frem positivitet blant beslutningstagerne for å oppnå delte målsettinger. Delte mål vil bidra til bedret samarbeid, og igjen medføre mindre uenigheter. Om lederskap er løsningen på samarbeidsutfordringene er ikke kommet frem i andre studier. Hvordan lederskapet skal fungere, hvem det skal bestå av og hvem som skal bestemme det er ikke beskrevet. Samtidig er alt helsepersonell i Norge likeverdig hvor ingen har noen mer ledende rolle enn andre. Du har altså like stor rett til å komme med sin faglige begrunnelse i beslutningsprosessen som sykepleierstudent, som overlege. Med bakgrunn i dette kan ikke effekten av resultatet vurderes i denne oppgaven, eller overføres til norsk helsevesen.

5.3 Usikkerhet

Usikkerhet rundt pasientens prognose er en faktor som utfordrer samarbeidet i beslutningsprosessen (Ferrand et al. 2003) (McAndrew og Leske, 2015).

Usikkerheten rundt pasientens prognose innebærer temaer som påvirker vurderingen.

Temaene viser seg å være konkurrerende verdier, knappe ressurser, kommunikasjon og hierarkiske prosesser. Usikkerhet rundt mulige utfall hos pasienten, og hva som er det rette å gjøre tas også opp som utfordrende temaer. Deltakerne stilte seg spørsmålet om når pasientens lidelser ville veie opp for sannsynligheten til et positivt utfall. Sykepleierne opplevde å havne i et moralsk dilemma når de trodde feil valg ble tatt, og de ble nødt til å bidra med å påføre pasienten lidelser (Oberle og Hughes, 2000).

Overlege Morten Horn beskriver at overbehandling ofte skyldes usikkerhet rundt prognose, diagnose og behandling. Faglig usikkerhet kan altså ligge til grunn for uenigheter i beslutningsprosessen (Hofstad, 2017).

Resultater viser at usikkerhet i beslutningsgrunnlaget skaper utfordringer (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Beslutningsprosessen beskrives som en stor belastning fordi det ikke finnes noen standardløsning, og konsekvensene omhandler liv eller død.

Selv om det beskrives at det ikke er noen standardløsning, har Laurent et al. (2017) kommet frem til at det trengs flere objektive kriterier rundt beslutningstakingen for å unngå usikkerhet. Om resultatene mener at kriteriene skal kunne gi standardløsninger i beslutningsprosessen er ikke sikkert, og effekten av det kan derfor heller ikke vurderes. Vi vil senere i oppgaven diskutere nytten av klare retningslinjer og kriterier.

En annen årsak til at usikkerhet i beslutningsprosessen oppstår, er fordi pasientens tidligere tilstand, ønsker og funksjonsnivå ikke er dokumentert. Utfordringer med å vurdere om behandlingen vil ha effekt er en konsekvens av dette (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Dokumentasjonsmanglene medfører også samarbeidsutfordringer i beslutningsteamet (McAndrew og Leske, 2015).

Dersom pasientens ønsker rundt livsforlengende behandling var klargjort og dokumentert, ville ikke beslutningen være like utfordrende, og skape like mange uenigheter (Jensen et al. 2013) (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Et behov for at samtalene om pasientens ønsker rundt livsforlengende behandling bør foregå før pasienten blir akutt syk og muligheten for samtale blir for sent, er identifisert (Brooks, Manias og Nicholson, 2017) (Jensen et al. 2013).

Når tilstrekkelig dokumentasjon av pasientens ønsker, tidligere funksjonsnivå og tilstand ligger i bunn, blir det enklere å ta beslutningen (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008) (McAndrew og Leske, 2015). Vi som helsepersonell er også pliktige til å dokumentere. Dette i form av journalføring. Relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen skal føres i samsvar med god yrkesetikk (Helsepersonelloven, 2001). Ved god dokumentasjon trenger ikke beslutningsteamet spekulere på beslutningen, men heller fokusere på fakta og beslutte ut i fra det. Enklere beslutningstaking medfører færre uenigheter mellom beslutningstakerne.

Dersom faglig usikkerhet eller uenigheter oppstår i forbindelse med det medisinske grunnlaget i beslutningsprosessen, anbefaler Helsedirektoratet at situasjonen skal vurderes på nytt. Vurderingen skal da tas av personal utenfor behandlingsteamet, og vil gi en ny vurdering av situasjonen. Terskelen for å innhente det bør være lav (Helsedirektoratet, 2013).

5.4 Etikk, verdier og perspektiver

Etiske aspekt, personlige verdier, følelsesmessig innvirkning og ulike perspektiv har en avgjørende rolle i beslutningsprosessen.

Beslutningstakerne blir i situasjoner der pasienten ikke er i stand til å ytre sin mening, satt til å ta beslutninger på pasientens vegne. Beslutningen må da baseres på en vurdering av hvilke utfall som er akseptabelt for den enkelte (Jensen et al. 2013). Ulike perspektiv blant beslutningstakerne bidrar da til at uenigheter oppstår i pasientvurderingen (Ferrand et al. 2003). Selv om vurderingen skal baseres på et akseptert utfall, påvirkes det av ulike verdier, menneskesyn, personlige preferanser og ulik vurdering av medisinsk data (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Jensen et al. (2013) legger frem viktigheten av at beslutningene skal tas på bakgrunn av medisinsk grunnlag, men at etiske prinsipper også skal ha en innvirkning.

Sykepleiere er ofte de første som innser at en behandling er nytteløs. Årsaken er at de påvirkes av det de har sett hos pasienten. Legene påvirkes først og fremst av det de ser på prøveresultatene (Jensen et al. 2013).

Halvorsen, Førde og Nortvedt (2008) forklarer ulike vurderinger som et resultat av forskjellige enkeltfaktorer hos beslutningstakerne, som medfører at pasientens situasjon vektlegges forskjellig. Som nevnt tidligere opplever sykepleiere å ikke bli inkludert og hørt i beslutningsprosessen (Oberle og Hughes, 2000) (McAndrew og Leske, 2015) (Laurent et al. 2017). Dette beskrives som en kilde til etiske og moralske uenigheter for sykepleierne (Oberle og Hughes, 2000). Vi kan forstå at dersom sykepleiere oppfatter en behandling som nytteløs, og da ikke blir hørt i beslutningen, skaper det uenigheter i beslutningsteamet.

Beslutningsprosessen er også verdiladet. Helsedirektoratet (2013) nevner ulike verdisyn som en av årsakene til at uenigheter oppstår i beslutningsteamet. Hvilke verdier som har den største moralske vekten, og hvem sine verdier som burde få mest innflytelse på beslutningen var spørsmål studien til Oberle og Hughes (2000) diskuterte. «Det gode for pasienten» viser seg å være den viktigste verdien. Deltakerne mente at å gjøre det pasienten ville ha ønsket seg var det riktige å gjøre når pasienten ikke lengre kunne uttale seg. Selv om deltakerne var enige om dette, oppsto det uenigheter når beslutningsteamet hadde forskjellige oppfatninger av hva pasienten ville ha ønsket seg. Sykepleierne mente legene handlet etter egne verdier, og ikke pasientens.

Skyld presenteres som en følelse med stor innvirkning på beslutningstakingen. Skyldfølelse ovenfor pasientens situasjon kan medføre at beslutningstakeren ikke vil beslutte å avslutte behandlingen. Uforutsette komplikasjoner postoperativt kan være et eksempel på situasjoner som kan medføre slike følelser (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008).

Når beslutningsprosessen utsettes over lengre tid, og beslutningstakeren unngår å avslutte behandlingen, oppstår en overbehandlingssituasjon. Overbehandling av pasienter forekommer (NOU (2017:16)). Spesielt oppleves det hos kirurgiske pasienter, og skaper vanskelige etiske dilemma blant beslutningstakerne (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Overbehandling setter pasienten i en uverdigg situasjon som kun medfører lidelser og en forlenget dødsprosess, og strider sterkt i mot grunnleggende verdier og etikk i sykepleien. Yrkesetiske retningslinjer legger til grunn at vi skal bidra til en verdig og naturlig død for pasienten, samt lindre lidelser (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sammen med ikke-skade- og velgjørenhetsprinsippet (Brinchmann, 2014), vil det ikke ivaretas i en overbehandlingssituasjon, og automatisk medføre uenigheter i beslutningsteamet. Funn i studien til Oberle og Hughes (2000) bekrefter dette, hvor de skriver at sykepleierne opplever moralske dilemmaer når de mente feil beslutning ble tatt, og de bidro til pasientens elendighet.

At etikk spiller en stor rolle i beslutningsprosessen er det ingen tvil om. Kanskje er det fordi sykepleieetikken står sterkt i vår identitet, at uenigheter oppstår dersom vi føler det ikke ivaretas. Deltakere i studien til Halvorsen, Førde og Nortvedt (2008) oppga at det virket som at ikke-skade prinsippet var byttet ut med «først behandle pasienten». En sykepleier forklarte:

Pasientsituasjonen kan lett endre seg fra fredag kveld til mandag morgen og det er den største frustrasjonen ... noen ting har kommet på og det er åpenbart at dette bare kommer til å gå en veg. Faktisk, med 100 % sikkerhet. Å se det og være med noen som ikke vil ta beslutningen. Det er bare det verste (Jensen et al. 2013, s. 97).

Resultatene i studien til Jensen et al. (2013) ble diskutert opp mot etiske prinsipper beskrevet av Henrik Wulff (1995). Prinsippene innebar: 1) Barmhjertighetsprinsippet: Plikten til å lindre lidelse og tidlig død forårsaket av sykdom, 2) autonomiprinsippet og 3) rettferdighetsprinsippet – streben etter rettferdig fordeling av tilgjengelige ressurser. Når det gjelder barmhjertighetsprinsippet kan det sammenliknes med Brinchmanns (2014) velgjørenhet og ikke-skade-prinsipp. Studien viser at dersom barmhjertighetsprinsippet skal ivaretas i beslutningsprosessen, må tverrfaglig samarbeid i teamet forbedres (Jensen et al.

2013). Det kan se ut til at forbedret tverrfaglig samarbeid også er nødvendig for å ivareta grunnleggende etiske prinsipper, og slik forebygge uenigheter.

Litteratur viser at grunnleggende etikk i sykepleie og medisin er forskjellig i fra hverandre. Sykepleieetikken har en mye sterkere omsorgsorientering enn den medisinske etikken, som baseres mer på rettferdighet. Selv om etikken er forskjellig mellom yrkesgruppene, vises store likheter mellom de etiske problemene de identifiserte. For å forbedre samarbeidet, og dermed håndtere uenigheter i beslutningsprosessen, må etisk dialog forbedres. Dialogen må foregå på tvers og innad i medisin og sykepleie (Oberle og Hughes, 2000).

McAndrew og Leske (2015) legger også frem hva som er viktig for å håndtere uenighetene, eller ubalansen i teamet, som de beskriver det som. En lagtilnærming med delte mål, forståelse av de andre teammedlemmenes perspektiver og vite sin egen mening vil bidra til å balansere ubalansen i teamet. Dette kan sammenliknes med konklusjonen i Jensen et al. (2013), som mente at et forbedret tverrfaglig samarbeid vil være en løsning på håndteringen av uenighetene.

5.5 Makt og behandlingsiver

Makt har en innvirkning på beslutningsprosessen (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Det innebærer makt mellom yrker og spesialiteter, og makt relatert til status, enkeltpersoner og stillinger. Enkelte kirurgiske stillinger ble sett på som å ha stor makt og innflytelse på beslutningsprosessene. Funn i studien til Jensen et al. (2013) viser at sykepleierens autoritet spiller inn på om deres kunnskap blir tatt med inn i vurderingen i beslutningsprosessen. Et annet synspunkt er at sykepleiernes grad av inkludering i beslutningsprosessen er varierende, avhengig av hvem som er i ledelse (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008).

Makthierakier i beslutningsprosessen medfører at utfordrende etiske spørsmål rundt behandlingen ikke blir diskutert, fordi det rett og slett kun er en som bestemmer (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008) Dette medfører igjen uenigheter mellom beslutningstakerne på grunn av en følelse av maktesløshet, og motstridende verdier.

En mulig forbedring for å utjevne makthierakier legger Oberle og Hughes (2000) frem til å ligge hos administrasjonen. At beslutningstakere får mulighet til å delta og engasjere seg i moralske debatter og diskusjoner rundt beslutningen må være et fokus. Dette vil igjen bidra til at alle involverte parter i beslutningsprosessen får delta, og maktposisjonene vil kunne reduseres.

Helsepersonelloven kom i Norge og la til grunn at alt helsepersonell er likeverdige og har lik rett til å uttale seg om blant annet beslutninger. Ledelsen i helsevesenet har derfor ingen beslutningsmyndighet eller større ansvar i beslutningsprosessen enn andre helsepersonell. Derfor vil ikke denne studiens funn være overførbart til det norske helsevesen, men vil kunne være relevant i Canada.

Et annet tema som nevnes i flere av studiene er en stor behandlingsiver blant leger.

Halvorsen, Førde og Nortvedt (2008) beskriver bekymring rundt spesielt kirurgenes behandlingsiver. En av anestesilegene i studien beskrev:

Jeg har inntrykk av at kirurger lett blir forført av sin egen entusiasme og mulighet til å faktisk tilby pasienter ting. Spørsmålet er ikke alltid hva vi kan gjøre, for nesten alt er mulig, så hvis du bare spør om noe er mulig vil du fortsette å gjøre det med alle til du har en fot i graven (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008, s.12).

Long-Sutehall (2011) identifiserte at det er sjelden kirurgiske team innrømmer at det ikke er mer som kan gjøres. De oppleves som motvillige til å ta beslutninger om tilbaketrekning av behandling. Årsaken er at de stadig søker etter en ekstra mulighet hos pasienten. Funnene over kan ses i sammenheng med funnene i studien til Ferrand et al. (2003), hvor sykepleiernes tilfredsstillelse med beslutningsprosessen er betydelig høyere i medisinske avdelinger, enn i kirurgiske avdelinger.

Som vi har sett er sykepleiere ofte de første til å innrømme at en behandling er nytteløs, og at de opplever etiske utfordringer med å måtte fortsette en behandling de mener påfører lidelse. (Jensen et al. 2013). Når en ser at behandlingsiver blant enkelte spesialiteter forekommer, kan en forstå at uenigheter oppstår. Ingen av studiene har kommet frem til et forbedringstiltak eller løsning på denne utfordringen. Det får bli opp til senere forskning å komme frem til et mulig resultat for dette, og inntil den tid blir det opp til hver enkelt å spekulere i løsninger.

5.6 Kriterier og retningslinjer

Det konkluderes med at det er for lite objektive kriterier for beslutning om begrensning av livsforlengende behandling, som medfører usikkerhet blant legene (Laurent et al. 2017).

Retningslinjer må utvikles for å forbedre tverrfaglig samarbeid i beslutningsprosessen (Jensen et al. 2013), som igjen er nødvendig for å håndtere uenigheter. Samtidig vil klare retningslinjer og klinisk etiske komitéer kunne være nyttig som konflikthåndtering i beslutningsprosessen (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008).

Retningslinjer og kriterier vil variere fra land til land, og kan ha blitt innført eller endret etter disse studiene har blitt publisert. Av den grunn kan vi ikke stole blindt på, eller overføre resultatene hit. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling har blant annet blitt utgitt i etterkant av den norske studien til Halvorsen, Førde og Nortvedt (2008). Veilederen er laget for å være en hjelp i beslutningsprosessene i Norge, men gir ingen klare retningslinjer for beslutningsprosessen.

Veilederen presenterer derimot forslag til når begrensning av livsforlengende behandling bør vurderes. Utfordringen med dem, er at enkelte av forslagspunktene er diffuse. Med det menes det at de er lett tolkbare ut i fra individuelt ståsted. Som eksempel låter punkt 3.3

Behandlingen forlenger et liv med store plager, slik: «Behandlingen kan kanskje føre til overlevelse, men de fysiske/og eller mentale konsekvensene av sykdommen, eller av behandlingen, er svært alvorlige og plagsomme» (Helsedirektoratet, 2013, s.7).

Ord som «kanskje» og «svært alvorlige mentale konsekvenser» er diffuse ord som legger ansvaret for betydning over på leseren. For noen kan svært alvorlige mentale konsekvenser bety en ting, mens det kan bety noe annet for andre. Dersom pasienten selv ikke kan uttrykke seg på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad, vil det altså være avhengig av beslutningstakernes ståsted og tolkning.

Vi har altså ingen klare retningslinjer for beslutningsprosessen i norsk helsevesen i dag. Derimot har vi en veileder som kan benyttes til hjelp, men som også ser ut til å kunne tolkes ulikt. Siden klare retningslinjer ikke eksisterer, vil ulike vurderinger og ståsted fortsatt kunne forekomme og skape uenigheter i beslutningsteamet. For å håndtere de vil utvikling av klare retningslinjer og kriterier kunne være en metode.

Klinisk etiske komitéer som Halvorsen, Førde og Nortvedt (2008) legger frem som nyttig, nevnes også som en ressurs i helsedirektoratets veileder. Dersom kompetansen blant beslutningstakerne er tilstrekkelig, men det allikevel har oppstått uenigheter om hva som er riktige å gjøre, kan en ny vurdering av klinisk etisk komité benyttes. Det gjelder ved alle uenighetene rundt pasientens behandling, diagnose og prognose.

Komitéen vil kunne bidra til en ny tverrfaglig vurdering, og fokusere på verdivurdering med bakgrunn i det medisinske grunnlaget. Uenighetene mellom beslutningstakerne blir kartlagt og drøftet åpent hvor alle berørte parter må tale for seg (Helsedirektoratet, 2013).

Å benytte seg av de klinisk etiske komitéene kan være en god metode for å håndtere uenigheter og konflikter som oppstår innad i behandlingsteamet, og bør benyttes oftere enn det gjør i dag.

5.7 Kompetanse

I studiet til Brooks, Manias og Nicholson (2017) kommer viktigheten av utdanning og opplæring for å oppnå optimal omsorg og kommunikasjon i livets slutfase frem. Samarbeid i helsetjenesten blir definert som en prosess som krever tillitt, engasjement og kompetanse hos personalet. Resultater viser varierte ferdigheter og opplæring hos helsepersonell.

Sykepleiere identifiserte at kommunikasjon er den største barrieren i beslutningsprosessen, spesielt når noen av beslutningstakerne var nyutdannet. Forskningsresultatene viser at både leger og sykepleiere hadde begrensede utdanningsmuligheter og opplæring når det gjaldt kommunikasjon i både grunn- og videreutdanningen. Den store mangelen i dagens opplæring i kommunikasjon ses på som en årsak til at uenigheter oppstår.

Studien konkluderer med at det bør opprettes et strukturert utdanningsprogram som er individuelt skreddersydd til sykepleierne og leger. Det bør opprettes for å utvikle større kunnskaper og ferdigheter hos helsepersonell som deltar i beslutningsprosessen (Brooks, Manias og Nicholson, 2017).

Som det er nevnt tidligere under punkt 5.3, kan faglig usikkerhet ligge til grunn for utfordringer i beslutningsprosessen. Den faglige usikkerheten rundt pasientens prognose og diagnose medfører ofte overbehandling og fører som nevnt med seg uenigheter i behandlingsteamet (Hofstad, 2017).

Yrkesetiske retningslinjer beskriver at vi som sykepleiere skal holde oss oppdatert på forskning og utvikling innen eget fagområdet, og bidra til at denne kunnskapen anvendes i praksis. Samtidig skal også faglige normer ligge til grunn for våre beslutninger (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Halvorsen, Førde og Nortvedt (2008) beskriver at beslutningstakerne ofte har gode grunner for å starte opp en intensivbehandling, men at utfordringene ligger i når man skal stoppe. Det viser seg at noen av beslutningstakerne var motvillig til å gå inn i situasjonen og si at «nok er nok». Denne holdningen, og etterspørselen rundt behandlingen fra kollegaer stammer i en mangel av kompetanse og urealistisk optimisme.

Helsedirektoratet (2014) definerer kompetanse som samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som muliggjør utførelsen av oppgaver i tråd med forventede mål og definerte krav. Kompetansen skal erverves gjennom utdanning, opplæring, arbeidserfaring og kompetanseutvikling på arbeidsplassen og videreutdanninger.

Resultater viser altså at mangler på kompetanse blant beslutningstakerne, medfører uenigheter og samarbeidsproblemer innad i beslutningsteamet. Selv om opplæring i kommunikasjon er anbefalt, ser man at det ikke forekommer i praksis. Løsningen med et strukturert utdanningsprogram skreddersydd til de ulike yrkesgruppene kan fungere som et godt hjelpemiddel. Som både sykepleierforbundet (2016) og Helsedirektoratet (2014) beskriver, er det et krav til helsepersonell å utvikle sine kunnskaper og kompetanseferdigheter i helsetjenestene. Det vil være mulig gjennom et strukturert utdanningsprogram, og vil kunne forhindre de uenighetene som oppstår på grunn av kompetansemangler.

6.0 Konklusjon

Om vi kan komme frem til ett tydelig svar på vår problemstilling er usikkert.

Det vi derimot kan konkludere med, er at uenighetene i beslutningsprosessen oppstår av ulike utfordringer, og at de igjen blir nøkkelen for å håndtere disse. Ut i fra forskningsresultatene kom vi frem til syv gjentakende kategorier.

- Roller, ansvar og identiteter
- Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid
- Usikkerhet
- Etikk, verdier og perspektiver
- Makt og behandlingsiver
- Kriterier og retningslinjer
- Kompetanse

Uenigheter mellom beslutningstakerne oppstår ved liten forståelse av hverandres roller og ansvar. Delt oppfatning av hverandres ansvar og roller er nødvendig for å håndtere disse uenighetene (Long-Sutehall, 2011). God kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid i beslutningsteamet er en forutsetning for å oppnå dette (Jensen et al. 2013) (Brooks, Manias og Nicholson, 2016).

Uenigheter oppstår når sykepleiere ekskluderes fra beslutningsprosessen (Oberle og Hughes, 2000) (McAndrew og Leske, 2015) (Laurent et al. 2017). Sammenhengen mellom god kommunikasjon og samarbeid, felles tilnærming, felles beslutningstaking og mindre uenigheter er helt avgjørende. Undervisning om bevisst kommunikasjon, debriefing, spesifikke samarbeidsstrategier og klar og tydelig kommunikasjon mellom beslutningstakerne nevnes som forbedringsmetoder (McAndrew og Leske, 2015).

Åpne diskusjoner av felles mål og verdier, og erkjennelse av alle beslutningstakernes viktighet beskrives også som helt nødvendig for å forbedre samarbeidet (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Uenigheten øker også i takt med antall involverte i beslutningsprosessen (Jensen et al. 2013). Å ha færrest mulig i beslutningsteamet, uten at det påvirker tverrfagligheten, kan derfor kunne forhindre at de oppstår.

Selv om det finnes forbedringsmuligheter, vil det mest sannsynlig alltid oppstå kommunikasjonsutfordringer som medfører uenigheter. Om det finnes en permanent løsning for dette er det ikke funnet svar på her.

Uenigheter relatert til usikkerhet rundt pasientens prognose og behandlingsnivå kan håndteres via bedre dokumentasjon av pasientens ønsker og tidligere funksjonsnivå (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008), og utvikling av objektive kriterier for beslutning (Laurent et al. 2017). Bedre dokumentasjon, som også er en plikt, medfører at beslutningstakerne kan bruke mindre tid på å spekulere i hva som ville vært pasientens ønsker. Nettopp disse vurderingene er en viktig årsak til at uenigheter oppstår. Helsedirektoratet (2013) anbefaler på en annen side en ny vurdering av pasientsituasjonen.

Etiske dilemma, ulike verdier og perspektiver hos beslutningstakerne spiller en stor rolle i beslutningsprosessen. For å håndtere uenighetene relatert til dette, behøves mer dialog på tvers av yrkesgruppene for å få en bedre forståelse av hverandres perspektiv og etiske aspekt (Oberle og Hughes, 2000). Samtidig behøves en felles lagtilnærming med delte mål (McAndrew og Leske, 2015). For å gjennomføre dette behøves en forbedring i tverrfaglig samarbeid (Jensen et al. 2013). Det er tydelig at samarbeid og kommunikasjon er nøkkelord i flere av uenighetene.

Makthierakier og autoritet blant beslutningstakerne skaper uenigheter, og er administrasjonens ansvar å håndtere i følge Oberle og Hughes (2000). Resultatet er derfor ikke overførbart til det norske helsevesen og dermed denne oppgaven.

Utarbeidelse av objektive kriterier og klare retningslinjer for beslutningsprosessen, samt bruken av klinisk etiske komiteer bør prioriteres for å håndtere uenigheter (Laurent et al. 2017) (Halvorsen, Førde og Nordtvedt, 2008) (Jensen et al. 2013) (Helsedirektoratet, 2013). Helsedirektoratets (2013) veileder kom i etterkant av den norske studien. Veilederen mener håndtering av uenigheter mellom beslutningstakerne bør foregå via åpen drøfting i beslutningsteamet. Dersom det ikke fører frem til en enighet bør en ny faglig vurdering eller vurdering med klinisk etisk komité foretas. Selv om veilederen er til god hjelp kan det være at klare kriterier og retningslinjer hadde vært til større nytte. Dette blir opp til videre forskning å avgjøre. Det samme gjelder uenigheter knyttet behandlingsiver. Studiene kom ikke frem til en konklusjon på hvordan en kan håndtere de. Kanskje vil klare kriterier for beslutningsprosessen fungere som en løsning? Dersom kriterier ligger til grunn vil ikke beslutningstakernes følelser og verdier påvirke vurderingen, og dermed beslutningen. Det vil kanskje gjøre det umulig å overbehandle på grunn av behandlingsiver? Vi setter spørsmålsteget da dette som sagt er, og blir spekulasjoner i denne oppgaven.

Til slutt nevnes kompetansemangler som en årsak til at uenigheter oppstår (Brooks, Manias og Nicholson, 2017) (Halvorsen, Førde og Nortvedt, 2008). Utarbeidelse av strukturerte utdanningsprogram til hver enkelt yrkesgruppe nevnes som metode for å håndtere disse (Brooks, Manias og Nicholson, 2017).

En ser at uenighetene innad i teamet oppstår av ulike utfordringer, og at det ikke finnes en enkelt løsning for å håndtere dem. Det ser ut til at en må håndtere uenighetene ut i fra bakenforliggende årsak. Det kommer tydelig frem at god kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid er en gjentakende faktor som viser seg å være nødvendig for å unngå uenigheter. Samarbeids- og kommunikasjonsutfordringer må av den grunn håndteres for og igjen kunne håndtere uenighetene. Nåværende forskning har gitt svar på enkeltutfordringer, men det ses fortsatt et stort behov for videre forskning på tema.

Hvilke kunnskapsgrunnlag for å håndtere uenigheter har vi fått av oppgaven?

Vi som sykepleiere har en rett til å bli hørt med vår faglige kompetanse. Helsepersonelloven (2001) og Helsedirektoratet (2013) har lagt et grunnlag for dette. Vi vet nå at vi kan gå videre til klinisk etiske komité dersom vi opplever og ikke bli hørt i beslutningsprosessen. Samtidig er vi nødt til å samarbeide tverrfaglig og forstå hverandres perspektiv. Ved å se hvilke perspektiv og ansvar andre yrkesgrupper har, er det enklere å godta hverandres vurderinger i beslutningsprosessen.

Det å bli hørt er med på å styrke vår rolle, plikt, vår rett og vårt ansvar ovenfor pasienten. Vår plikt til å lindre lidelse og sikre en verdig død hos pasienten kan på denne måten ivaretas, og medføre mindre uenigheter i beslutningsteamet. Vi håper oppgaven har bidratt til å øke kunnskapen rundt håndtering av uenigheter beslutningsprosessen. Vi håper også at denne kunnskapen skal kunne bidra til økt fokus på overbehandling av pasienter, slik at det kan unngås i fremtiden.

7.0 Referanseliste

Brooks, L.A., Manias, E. and Nicholson, P. (2016) Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context, *Australian critical care*, volume 30 (2017), s. 161-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.08.001> -

Brooks, L.A., Manias, E. and Nicholson, P. (2017) Communication and Decision-Making About End-of-Life Care in the intensive care unit, *British Nursing Index*, volume 26 (4) s. 336-342. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017774>

Brinchmann, B.S. (red.) (2014) *Etikk i sykepleien*. 3. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ferrand, E. et.al (2003) Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, volume 167 (10) s. 1310-1315. doi: 10.1164/rccm.200207-752OC

Halvorsen, K. (2013) *Prioriteringene vi ikke vil høre om*. [Online] Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/ytring/prioriteringene-vi-ikke-vil-hore-om-1.10978726> (Hentet 8.Mars 2018).

Halvorsen, K., Førde, R. og Nortvedt, P. (2008) Value choices and considerations when limiting intensive care treatment: a qualitative study, *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, volume 53(1), s. 10-17. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01793.x>

Helsebiblioteket (2018) *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet (2014) *Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/915/Nasjonalt-personellbilde-personell-og-kompetansesituasjonen-i-helse-og-omsorgstjenestene-IS-2248.pdf> (Hentet 27. April 2018)

Helsedirektoratet (2013) *Livsforlengende behandling: Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling> (Hentet 2.Mars 2018).

Helsepersonelloven (2001) Lov om helsepersonell. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 27. April 2018).

Hofstad, E. (2017) *Om leger, død og overbehandling*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/2017/05/om-leger-dod-og-overbehandling-og-sann> (Hentet 9. April 2018).

Jensen, H.I et al. (2013) Challenges in End-of-life Decisions in the Intensive Care Unit: An ethical Perspective, *Bioethical Inquiry*, volume 10 (1), s. 93-101. doi:

<https://doi.org/10.1007/s11673-012-9416-5>

Langerud, A.K. (2009) Hva opplever intensivsykepleiere som utfordrende ved avsluttende behandling I intensivavdelingen?, *Sykepleien forskning*, volume 2 (4), s.254-260.

doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0064>

Laurent, A. et al. (2017) Emotional Impact of End-of-Life Decisions on Professional Relationships in the ICU: An Obstacle to Collegiality, *Critical Care Medicine*, volume 45(12), s. 2023-2030. doi: 10.1097/CCM.0000000000002710

Long-Sutehall, T. et al. (2011) Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units, *Journal of Nursing studies*, volume 48(12), s.1466-1474. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.06.003

McAndrew, N.S og Leske, J.S. (2015) A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-life Decisions in intensive Care Units, *Sage Journals*, volume 24(4), s.357-374. doi: 10.1177/1054773814533791

NOU 2017:16 (2017) *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet 7. Mars 2018)

Norsk Palliativ Forening (2016) *Begrep*. Tilgjengelig fra: <http://www.palliativ.org/publikasjoner/begrep> (Hentet 3. April 2018).

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet 07. Mars. 2018).

Oberle, K. Og Hughes, D. (2000) Doctors´and nurses´perceptions of ethical problems in end-of-life decisions, *Journal of Advanced Nursing*. Volume 33(6), s.707-715. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x>

Store medisinske leksikon (2009) *Tverrfaglighet*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/tverrfaglighet> (Hentet 25. April 2018).

Thidemann, I.J (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Utg.1. Oslo: Universitetsforlaget.

Universitetet I Oslo: Det medisinske fakultet (2012) *Kliniske etikk-komiteer (KEK)*. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/kek/> (Hentet 19. April 2018).