

## Har du opplevd at pasienter med et uttalt dødsønske allikevel har blitt behandlet?

1. Tidl. svært aktiv og uvanlig fysisk sterk person på over 80 år. Ble rammet av slag. Leger regnet med at slaget hadde gitt svær hjerneskade, men utførte allikevel trombefisking, som medførte hjerneblødning i tillegg. Dette medførte personlighetsendring, store angstanfall, nedsatt impuls kontroll med ufrivillig banning og skriking. I tillegg total invalidisering, dvs. full pleiepasient. I klare stunder ba pasient innstendig om å få hjelp til å dø. Ved lungeinfeksjoner ble det startet antibiotikabehandling, og på slutten, da bevisstløshet/somnolens og Cheynes stokes respirasjon inntraff, ble det gitt intravenøs væske, selv om ikke pas. viste tegn på å være plaget av tørste. Reagerte derimot på stikk. I.V gikk ofte subcutant. Sykeleiet hadde da vart 1.5 år på sykehjem.
2. Det er bare disse små praktikal ting.
3. Det blir komplisert når dette skjer spesielt når pårørende ønsker behandling og tar ikke hensyn til pasient eget ønske.
4. Du observerer at beboer har smerter, livskvalitet forringet og ønske om å få slippe. TIL tross så gis det behandling. Ønske er å behandle symptomer som er ubehagelig men ikke mer enn det. Helsepersonell skal ta beboer på alvor og se om ønsker kan etterkommes
5. Når pasienter som sier de vil dø ber om å få antibiotika.
6. Pasienter som blant annet blir innlagt på sykehus/ viderefører ernæringsbehandling til tross for pasienten ikke ønsker mer.
7. Pårørende har presset frem intravenøs behandling, både antibiotika og veske.
8. En pasient hadde uttalt dødsønske bl.a p.g.a alderdom/"mett av dage"/kroniske sår som ga sterke smerter og nedsatt livskvalitet. Sykepleier presiserte overfor tilsynslege at standpunkt om innleggelse- og HLR-minus måtte bestemmes i samråd med pas. På grunn av lav legedekning i kommunen og begrensede legevisitter, ble dette forskjøvet grunnet mangel på tid. Pasienten ble akutt dårlig 2 dager senere, mistanke om sepsis. Sykepleier var nødt til å legge han inn på sykehus, hvor han døde 6 dager senere.
9. Det er klart man skal se pårørende i slike situasjoner. Men min jobb er hovedsakelig å ta med av pasienten. Om denne pasienten har utdypet og gitt tydelig uttrykk for at man ikke ønsker livsforlengende behandling, da bør dette dokumenteres og respekteres om situasjonen skulle bli en annen. Og det er da legen har en viktig rolle mener jeg! Dokumenter hva pasienten selv ønsker og forklare dette for pårørende. Men det er et stort problem at legene ofte sitter på benken mens tiden går. Jeg som sykepleier har flere ganger opplevd og måtte forklare for pårørende at pasienten gir tydelig uttrykk for at h\*n ikke ønsker mat ved å knipe igjen munnen. Jeg har flere ganger måtte ta avgjørelse om at pasienten er terminal og det er ingenting annet vi kan gjøre enn å gi lindrende behandling. At jeg som sykepleier skal være nødt til å informere om dette blir feil, spesielt midt på natten. Slike ting bør være avklart på forhånd!
10. En pasient var plaget med tilbakevendende alvorlige infeksjoner, disse kom igjen og igjen tross i antibiotika behandling, først per os, deretter intravenøst. Denne pasienten hadde en pårørende som satte himmel og jord i bevegelse for at pasienten skulle behandles gang etter gang. Denne pårørende overkjørte de andre pårørende til pasienten fullstendig. Til slutt gikk det endelig inn, etter flere sykehusopphold og samtaler med lege at nok er nok. All behandling ble avsluttet og pasienten fikk tilbringe sine siste dager på sykehjemmet i kjente omgivelser og med kjent personale.
11. Opplever det som lav terskel for å legge inn peg-sonde på brukere som ikke har spist fulle måltider på lang tid, passert 90 år og trøtte av livet, smerter som ikke lar seg lindre. Behandles for infeksjoner med antibiotika gang på gang etter at kreftbehandling er avsluttet, gir plagsomme bivirkninger også i livets siste dager.

Virker som leger i primærhelsetj. er redd for å avslutte/si nei til videre væskebehandling til samme pas.kategori -prøve i det lengste, selv om det blir ødemer..

12. Når pasient f.eks får gjentatte lungebetennelser og blir behandlet gang på gang m antibiotika og pasienten lurer på hva han/hun skal få død av, når er det livsforlengende behandling og når forlenges dødsprosessen? Det er jo ett etisk dilemma som er veldig vanskelig.

13. Pas. ber til Gud om å få kome heim, vert gjentatte ganger behandlet for lungebetennelse.

14. Pasienten kan ofte ha samtaler med sykepleier over en lengre periode hvor den utdyper at ikke man ønsker å leve eller få behandling. Vi opplever at legen går inn på rommet og spør konkret om pasienten vil på sykehus og da blir pasienten usikker. Legene kan for lite om hvordan behandlingsavklaringsamtalene bør være. De er redd for å gjøre feil, så mange blir nok overbehandlet

15. Mest når det er problematisk å få lindret pasienten pga manglende kompetanse i avdeling og/eller nok hjelp fra lege med kompetanse på lindring. Pasientens autonomi i disse spørsmål er en stor utfordring mtp evne og forståelse til å gi et informert samtykke.

16. Pasienten ønsker å dø, men pårørende vil at pasienten skal leve

17. Har ikke opplevd dette ofte, og de seinere åra har holdninger endret seg både for lege og pasienter/pårørende.

18. Respekt og autonomi. Tørre og stå i det, være tilstede.

19. Pas har blitt sint og har vært hjelpeløs. Jeg har følt det som at jeg utøver maktmisbruk selv om jeg følger legens ordre.

20. Når alt kommer til alt ønske mange å få hjelp og behandling likevel

21. Da har det som oftest vært pårørende som for enhver pris ønsket livsforlengende behandling. I dag er lege og sykepleier mye flinkere til å samtale med pårørende i forkant, før slike episoder oppstår. Når de får kunnskap endrer de som oftest sin oppfatning.

22. Sier de ønsker å dø, men svarer at de vil ha antibiotikakur.

23. Å sette intramuskulær antibiotika i gamle, preterminale pas. Ofte som det siste du gjør før de trekker sitt siste åndedrag..

24. Hos pasienter med en demenssykdom eller ved en depresjon.

25. - Det var en pasient som ønsket å dø, kunne ikke få hjelp fordi er ikke lov å hjelpe noen å dø. Den eldre dame falt og ble innlagt på sykehuset, ble operert men nektet å spise og andre behandling etterpå. Konsekvens ble døden. - Annen ville dø, men hadde depresjon. Fikk behandling og ble bra etterpå. - siste tilfelle var en som var bestemt, klar i hode. Nektet å spise. Samtalene ga ingen effekt, familien klarte ikke å overtale han/henne, til slutt alle måtte respektere dette ønsket .( selvbestemmelsesrett). Det tok lang tid til døden inntraff, det var en reell vanskelig opplevelsen.

26. Jeg vet at den pasienten jeg sikter til hadde et ønske om å dø...men hennes situasjon endret seg. Og når livet gikk mot slutten og hun fikk behandling, er jeg usikker på om hun fremdeles hadde dette ønske. Hun hadde afasi, og det gjorde det vanskelig å snakke om dette med pasienten

27. Jeg mener det handler om å respektere enkeltpersoners ønsker, det er ofte gamle mennesker som har levd et langt liv.

28. Har vært bort i at pasienter som har vært på sykehus til behandling, men er

palliativ og terminal, har kommet tilbake med all mulig behandling, uten gode grunner. Det jeg mener er at sykehuset har startet væskebehandling, der pasienten har hjertesvikt, og må samtidig ha vanndrivende for å få vekk væsken på lungene. Dette har ført til mer pustebesvær, angst og uro. Legene på sykehus må og ta hensyn til at pasienten er terminal, og skal kun ha symptomatisk behandling, og få en verdig avslutning av livet. Det er vi som helsepersonell som skal være med hjelpe både pasient og pårørende den siste tiden, slik at de har en følelse av å bli verdsatt.

29. Syns dette føles like galt som når noen dør uten at det blir satt i gang gjenoppliving når det burde vært satt i gang. Mennesket har Verdighet også etter det er dødt.

30. Pårørendes ønsker blir mer hørt enn pasientens ønsker

31. Pasient ønsker å dø men pårørende vil ha behandling

32. Ofte har jeg opplevd at pasienten har infeksjon og responderer ikke på antibiotika behandling og legen bytter til andre antibiotika type.

33. Gammel dame, skrøpelig og sengeliggende, ønsket å få dø. Ble sendt fra sykehjem til sykehus for amputasjon midt på låret, pga sår. Ble reamputert 1 gang etterpå, noe hun ikke ønsket selv. Døde 3 uker etter siste amputasjon. Uverdige og trist. (Det var i sommerferien, kapasiteten var vel god.) Håper det ikke er mange slike eksempler.

34. Det kommer an på om pasienten kan oppfattes som samtykkekompetent

35. Jeg opplever da at pårørende vil at de skal ha behandling eller at leger ikke tar samtalen eller vil gå inn å gi en klar anbefaling om å avslutte behandling i sin kommunikasjon med pårørende.

36. Pasient som tydelig ga uttrykk for å få dø. Legene fortsatte behandling da en av de pårørende insisterte på videre behandling. Pasienten døde etter ca 3 mnd på sykehus.

37. Hender vi "behandler pårørende". Altså gir pasienten den behandlingen pårørende selv ønsker at deres nærmeste skal få da de ennå har håp om å berge eller forlenge livet til pasienten

38. Selvmordsforsøk som ikke lykkes. Pas blir behandlet mot sin vilje. Samtidig må man ha i tankene at pas kan få et godt liv hvis man lykkes i å behandle pas depresjon. Eldre pas over 90 år. Full behandling iverksettes. Redusert behandlingsnivå eller HLR - er ikke avklart på forhånd. Vanskelig å redusere behandlingsnivå. Man får ikke lenger dø en naturlig død.

39. En eldre pasient som ikke ville slås i brystet ifm plutselig hjertestans, opplevde å bli slått (og gjenvant bevissthet) opptil 10-12 ganger i timen over ett døgn.. Da det ble besluttet å ikke gi flere slag/støt, gikk det over to dager før hjertestans inntraff, så utvilsomt mindre stress da pasienten opplevde å bli respektert på ikke å ønske å bli slått igjen (vondt og "klar for å dø" (pasient i slutten av åtti åra..)

40. 89 år gammel pasient med hjertesvikt ble innlagt på hjersteovervåking med full monitorering og intensiv svikt-behandling. Ble utsatt for multiple stikk pga PVK-innleggelser. Man fortsatte behandling gjennom flere dager til tross for at pasienten, som var klar og orientert, ga klart uttrykk for at hun ikke ønsket behandling og var mett av dage.

41. Føler det rett og slett umoralsk å behandle aktivt i slike tilfeller. Vi påfører pasienten unødige smertefull siste tid på jord.

42. Noen pasienter sier en dag, at de ønsker å dø, men vil leve en annen dag. Det er ikke lett å ta avgjørelsen da. Men avgjørelsen skal heller ikke være lett. Jeg har vært int.spl i snart 20 år, det viktigste er å skape en god dialog med både

pårørende og pasient tidlig i prosessen. Alle skal få si det de mener, men pårørende skal aldri bli satt i den situasjonen at de føler de må ta avgjørelsen.

43. Nyfødte barn har jo intet eget ønske.

44. Jobber med nyfødte så pas har jo sånn sett ikke stemme til å si sin mening

45. Noen ganger har pasientene vært deprimerte over situasjonen og ikke hatt innsikt i behandlingen. Da mener jeg det er riktig å gi behandling. Det er ikke problematisk hvis de er eldre og vært syke over en lengre periode.

46. Gamle, syke og livstrøtte pasienter der pårørende ikke greier å se situasjonen som den faktisk er. Det gir selvfølgelig en knusende følelse å se at livet til nære og kjære er over, men det er snakk om en verdig avslutning. Ingen lever evig.

47. Det er problematisk når pas., pårørende og helsepersonell ikke har samme mål. Helsepersonell vil behandle, pasienten ønsker å dø og pårørende ønsker at pasienten må leve. Det er høgt tempo på spesialistavdelingen, mange pasienter og pårørende, ikkje samme personal over tid verken lege eller sykepleier. Tid til den gode samtalen rundt dette med de personer som kjenner pasienten er av stor betydning, tillit mellom de berørte grupper som kan føre til gode og rette avklaringer. Særlig det at det ikke er samme lege er urovekkende for alle tre grupper.

48. Spørsmålet er ikke relevant for posten jeg jobber, da det er nyfødte og premature jeg jobber med.

49. ved maskebehandling, der pas har gitt klart uttrykk for ikke å ønske maske, men når pas ikke lenger er kontaktbar, blir masken hatt på likevel

50. Oftest blir pas ønsker tatt hensyn til og pas får symptomlindrende behandling. Har opplevd at pas. har sagt nei til Livsforlengelse behandling som f.eks. cytostatica eller til tracheostomi med hjemmerespiratorbehandling.

51. Pas har gitt klart uttrykk til sykepleier og lege om at han ønsker å få dø. Sterke pårørende krever at intensivbehandling/mobilisering og alle tiltak som er smertefullt og krevende for pas blir opprettholdt for enhver pris. Pårørende overkjører pas egne ønsker.

52. Har kun opplevd dette i tidligere jobb på sykehjem i annen kommune/fylke

53. Ikke alltid de har kunnskap til sykdommen og behandlingen. De trenger oppmuntring og støtte for å komme gjennom.

54. Fordi pasienten var i et midlertidig stadie, som ville bedres. Selv om pasienten på dette tidspunktet ikke så en ende på det. Pasienten var glad for det i ettertid.

55. Pasientens stemme teller ikke. Det skal ikke være sånn.

56. I slike situasjonar er ofte pasienten kome lenger enn oss som behandlingsteam i tanken på dette. Pasienten blir høyrst men det må gjerne modnast litt hos dei som står for behandlinga. det kan vera vanskeleg å td avslutte behandling på ein vaken og tilsynelatande klar pasient. Eg meiner at ein skal ha respekt for pasienten sin autonomi

57. jobber i nyfødtomsorgen, så spørsmålet passer ikke

58. Suicidalitet og depresjon

59. Pasienten opplever tap av autonomi/ retten til selvbestemmelse. Ved mye sykdom og tøff behandling, gjerne høy alder. Når pasienten er klar og orientert, men grunnet sykdom blir forvirret og delirisk og opplever situasjonen som skummel og uutholdbar. Ved multmorbiditet Når pasienten selv sier nok, men behandlende leger ønsker ikke å ta stilling til det da de ikke er "ansvarlig" lege.

60. Jobber på nyfødtintensiv så pasientens egne ønsker kan ikke bli hørt.
61. Manglende kjennskap til pasienten har gjort at lækjar ikkje har våga ta den tøffe avgjerda
62. Uttalt dødsønske ble tenkt til at pas var psykisk syk, og hadde villet leve hvis hen var frisk.
63. Viktig å skille mellom pasienter med/uten en grunnsykdom og f.eks. pasienter med suicidforsøk hvor man må anta et presumptivt samtykke til behandling..
64. Jeg har ikke opplevd dette ofte, men er veldig vanskelig situasjon å stå i. Har hatt et par pasienter hvor det har vært satt HLR minus. Så blir det behov for en operasjon i lindrende øyemed og da har HLR minus i flere tilfelle blitt opphevet midlertidig for den første postoperative periode da legene ikke ønsker at operasjonen kan være årsak til dødsfallet og for å ikke ødelegge kirurgens statistikk! Det siste sier de direkte. Pasienten og pårørende blir i de tilfellene ikke spurt eller informert om dette. Gir mange diskusjoner i avdelingen blant personale når det skjer. Veldig vanskelig situasjon. Å måtte starte HLR på en pas som tydelig ikke ønsker det og som har avtale om at det ikke skal skje er en enorm belastning.
65. Pasient 80+, ekstreme smerter, alene, ingen pårørende, mente selv at det ikke var noe å leve for
66. Hvor problematisk der er, kommer an på hvordan fremtidsutsikten er. Hvis prognosen er god og pasienten har et ok liv, synes jeg det er greit. Men har hørt om en ung pasient som ikke ønsket hlr dersom han stanset under operasjon av et armbrudd, og det er litt drøyt.
67. Det er ikke det at pasienten uttaler i behandlingsøyeblikket at "nei, jeg vil ikke". Det er mer typisk at de har uttrykt sitt ønske men blir "tynet" av familie og til dels leger med at det er mer kvalitet å hente, selv om pasienten selv er sliten og sjansene for fornyet livskvalitet liten.
68. Når pasienten er så dårlig med mange symptomplager, og jeg opplever det uetisk å fortsette behandling. Det kan hende at det har vært bedre med god pleie og verdig avslutning tross sykdom.
69. Jobber med mindre barn, og det blir foreldrenes "ønske" mening som ofte blir hørt. Ungdommer blir hørt sammen med foreldre.
70. Nokon ganger kan dødsønske være pga feks depresjon ol. Tilstandar som ein kan behandle.
71. Det oppleves at pasienter med kognitiv svikt som gir tydelige utsagn som "la meg slippe" "jeg vil bare dø" "la meg dø" ikke tas på samme alvor som hvis en kognitivt frisk person sier det samme.
72. Suicidale pasienter i akuttmottak
73. Legen ser muligheter som pasienten ikke ser selv.
74. Pasientens ønsker overkjøres, de synes ikke det er en verdig avslutning på livet. De blir pleietrengende pga bivirkninger
75. Pasienter har av forskjellige grunner ikke alltid mulighet til å ta gode valg på egne vegne (manglende evne til selvinnsikt grunnet diagnose e.l./samtykkekompetanse) og det settes da spørsmål rundt ønsket. I påvente av diskusjon (ofte faglig) rundt pasienten kan vedkommende risikere å bli behandlet før man har vurdert tilstrekkelig og tar ønsket på alvor.
76. Pasienten ønsker og dø. Pårørende vil ikke gi slipp. De står sterkt på at "mor eller far", skal bli behandlet.

77. Jeg er av den oppfatning at enhver skal få bestemme over eget liv så lenge man har fått informasjon om fordeler/ulempes med de valg man tar. Når man har tatt en beslutning, mener jeg at denne skal respekteres og at man heller skal sørge for at vedkommende har god livskvalitet den siste tiden.

78. Det har hendt at vi har fortsatt med f.eks. cellegift, stråling, antibiotika og væskebehandling fordi man har en teori om at dette faktisk vil være forbigående og at dette vil være symptomlindrende, til tross for at pasienten egentlig ikke ønsker behandling. De har kommet seg i gjennom det som var problemet, og fikk noen gode uker i etterkant på lindrende enhet eller sykehjem, i stedet for å dø på en travel sykehusavdeling, full av plager.

79. Noen episoder på sykehjem

80. Har opplevd at pas. selv uttrykker et sterkt og gjentakende ønske om å få fred og at de vil dø, for så å få sitt ønske "overkjørt" av pårørende/leger som vil behandle pas. på tross av HLR minus i noen tilfeller. Ved de fleste tilfeller har det til slutt endt med at pas. har sovnet inn som de ønsket initialt.

81. Har ikke vært i den situasjon.

82. Pas som har opplevd ikke å bli hørt samt pas som kan oppfattes å være uklare og ikke samtykkekompetent

83. Lege har prøvd å overbevise pasienten om at det er best og mest riktig med behandling. Selv om pasienten har bestemt seg. Legen er ofte ikke flink nok til å spørre om pasienten vil ha behandling. Mye behandling er jo smertefullt, og risikofyllt og ikke alle ønsker mer smerter eller ubehag

84. Viktig å avklare bakenforliggende årsak til dødsønsket. Det kan f.eks være en depresjon som når den blir behandlet, gjør at vedkommende ønsker å leve likevel.

85. Pasienter som etter suicidalforsøk har fått organsvikt og blitt komatøse er blitt behandlet med transplantasjon.

86. Det er viktig at pasientens sin stemme blir hørt samtidig så er det vår plikt å prøve å redde liv. Det er dessuten noen pasienter som ikke er samtykkekompetente som uttrykker dødsønske og da kan det være vanskelig å vite hva som er riktig å gjøre.

87. Dette har vært situasjoner med mennesker midt i livet som har opplevd store komplikasjoner etter planlagt/nødvendig operasjoner som har resultert i veldig lange sykehusopphold. Etterpå har de kommet seg tilbake til livet og har vært svært takknemlige for det

88. Husker en pasient som selv var pensjonert lege rev av seg iv væske og det ble sagt han ønsket å ikke få noe behandling

89. Min opplevelse er vel i slike situasjoner at det er pårørende som oftest er den pressende faktoren ... at de kjemper på, fordi man ikke ønsker å miste den man er glad i, og kanskje ikke klarer å se realiteten

90. Pasienter uttaler ofte "jeg er lei av dette", eller "nå vil jeg dø", da de har vært kritisk syke over lengre tid. Selv om vi informerer kirurgene om dette, er det vanskelig å få dem til å prate om dette med pasientene.

91. For ca 10 år siden fikk en pasient innlagt CVK mot sin vilje. Hun hadde afasi og klarte ikke å si noe om situasjonen, men sa nok med blikket. Vi visste alle at dette ønsket hun ikke. Dette hadde hun sagt tydelig ifra om mens hun fortsatt kunne. Det var sykehuset og legen den gangen som ga etter for press fra barna. Historien føles ikke relevant for i dag. Men vi har også nylig hatt en noe tilsvarende situasjon med en dement pasient som tydelig gråt ved all form for stell og behandling. Lå hun alene og i fred virket hun fornøyd. Da hun endelig fikk dø, følte det godt.

92. Pasienten er mett av livet og ønsker at personellet hjelpe til å dø.

93. Pasientens ønsker blir ikke tatt på alvor.

94. Dette kan være problematisk når pasienten allmenntilstand svinger. Det vil si at pasienten plutselig gir tegn på å være bedre i en viss tid og dårlig i det neste øyeblikket

95. 96 år gammel dame som ønsker å dø behandles fordi at pårørende vil ha henne i live ...

96. Noen eldre blir livstrett og deprimert. Et naturlig fenomen. De blir behandlet med ECT. Jeg har forsøkt å finne statistikk angående denne behandlingen men det er veldig vanskelig. Hvor mange hjerteoperasjoner som er utført kan man finne tilbake med resultater. Hvor mange ECT behandlinger som er utført og hvordan effektene har blitt er mer vanskelig å finne. Hvilken diagnose, alder, bi-effekter, resultater, hvem har utført de? Kvalitetssikring? det er kanskje ett annet tema. Jeg har pleiet en dame som hadde en alvorlig depresjon over flere år som ble behandlet med ECT. Hun var svært utakknemlig og avviste alt hjelp. Det gjør noe med meg hvis jeg føler at jeg/vi ikke er ønsket. Vi har selvbestemt abort hvis vi ikke ønsker å gi liv på grunn av omstendigheter men vi har ikke muligheter til å avslutte vårt eget liv ved store lidelser. Et dyr blir bedre behandlet.

97. Pasient med behov for jevnlig blodtransfusjoner ønsket ikke det lenger selv om det da var en risiko for at pasienten kunne dø. Pasienten ble overtalt av pårørende til å fortsette behandlingen.

98. Ofte vanskelig å vite om den pasientgruppen jeg arbeider med klarer å forstå konsekvensene av de "valg/ønsker" de kan komme med.

99. Det er alltid vanskelig når pasientens bestemmelsesrett blir tilsidesatt, og pårørendes ønske blir ihensyntatt.

100. Jobber m 80 og 90 åringer m 3 til 10 betydelige diagnoser som forårsaker mye lidelse, sorg og tap. Mener vi må lytte mer til pasienten og dokumentere utsagnene over tid. Respektere. Det er bare pasienten som kjenner seg selv best. Vi må kommunisere og sikre god info om muligheter og valg underveis.

101. Pas. uttrykker seg at de orker ikke å spise eller drikke. Eller uttrykker seg at de vil helst dø. Det er vanskelig å ta slike uttalelser med alvor. Man prøver med næringsdrikke eller drikke. Eller begynner med antidepressive.

102. Når pasienten har vært klar og orientert, og ikke ønsker behandling når han/hun blir dårlig. Dvs. at de vet at pga. sin sykdom vil det bli en forverrelse. Får han/hun ikke behandling vil han/hun dø. Når de da blir så dårlig og ikke kan gjøre rede for seg presser pårørende på for behandling. Så velger da legevaktsleger å behandle selv om det er nedfelt i journal hva pasientens ønsker er.

103. Pasient med HRL - har selv har ønsket behandling ut i fra en akutt endret familie situasjon, med et familiemedlem.

104. Synes min er at vi må akseptere vilje fra pasienter uansett om det finnes noe nytt i kunnskaper.

105. Pårørendes følelser kan noen ganger gå foran pasientens ønske om en verdig død. Handler ofte om mangel på informasjon. Kan være vanskelig, fordi man respekterer og tilrettelegger for både pasient og pårørende, og er noen ganger vanskelig å skille mellom hvem som ønsker hva. Men pasientens ønsker om videre behandling respekteres alltid dersom spesialisthelsetjenesten tilbyr behandling. Samme gjelder behandling i kommunehelsetjenesten.

106. Pasient har palliativpleie men vi skal gi dem antibiotika/penicillin, væskebehandling og o2. Intravenøs hos en pasient en ikke kunne legge inn veneflon til. Så skulle vi gi intramuskulært flere ganger i døgnet. Var vondt og ikke ønskelig. Men likevel skulle vi. Da hadde hun sakt i flere uker at hun ikke ville lide mer og ville hjem til Gud. Føler du gjør en elendig jobb selv om

legen har sagt det

107. Pasienten vet ikke virkningen av behandlingen, får de en god tid etterpå er de takknemlige.

108. Multimorbid pasient. Ga klart uttrykk/viste at hun ikke ønsker mat. Ble matet av mannen som etter vår oppfatning brukte makt/tvang. Senere ble det i tillegg bestemt i møte sammen med mannen/sønnen og lege/sykepleier at det bare skulle være palliativ behandling. Men når pasienten ble dårlig/infeksjon ombestemte pårørende seg. Legevakt ble tilkalt. Antibiotikabehandling ble da startet for å tilfredsstille pårørendes ønske, men antibiotika dosen var lav og egentlig bare tenkt til å vise pårørende at vi gjør noe.

109. En pasient sier gjentatte ganger at hun bare vil dø og har langtkommen hjertesvikt. Ble startet opp med Monoket som er forebyggende mot angina og pas. Hadde mange anfall. Kunne evt bare gitt smertelindring ved anfall. Ikke startet med langsiktig behandling av sykdommen. Og pasientens tabletter ble ikke seponert når det gikk enda mer mot terminal tilstand. Lege ikke nok rutinert med palliativt forløp.

110. Pas. og lege gir etter for pårørende sine ønsker.

111. Det er mange eldre på sykehjem som ønsker å avslutte livet, de er sliten og mett av dage.

112. Der det har blitt startet med antibiotika .

113. Pasient som er delvis uklar. Kan en dag framsi ønske om å dø, den neste ønsker vedkommende behandling

114. Man forlenger gjerne pasientens plager, men man kan samtidig gi pårørende litt ekstra tid på å ta farvel.

115. Pas. med stort aortaaneurisme, 50% sjanse for at det ville sprekke innen ett år. Pas var tilbudt operasjon, men ønsket ikke. Var sliten, kvalm, og ville bare at et godt liv skulle få avslutte fort, slik at hun slapp å ligge slik som hun gjorde da. Snakket åpent og lett om døden, var ikke redd for å dø, og hadde planlagt sin egen begravelse. BT/P ble målt daglig for å holde systoliske BT under

116. Det handler ofte om at pårørende presser igjennom behandling mot pasientens ønske, og at legen vektlegger pårørendes ønsker mer en pasientens ønsker. Det oppleves vondt og vanskelig å ikke få støtte pasienten i hans/hennes valg, og å måtte stå i at de blir overstyrt med et behandlingsforløp de ikke ønsker.

117. Har kun opplevd det en gang.

118. Det kan gjelde iv pneumonibehandling. Begrunnelsen er ofte at behandling vil bedre ubehagelige symptomer som slim, feber, pusteproblemer. Ofte forlenger en dødsprosessen. Symptomene kunne gjerne vært lindret med andre medikamenter. Men det er vanskelig å vite når det er siste lungebetennelse ...

119. Beboer får behandling LSD

120. Over et var det fare for at aneurismet ville sprekke. Vi gav daglig BT senkende medisiner. Pas. spurte stadig om vil kunne gi aktiv dødshjelp o.l Etter nesten 4 uker døde pas. Stille og rolig. I ettertid har jeg stusset over at vi gav BT-senkende. I samråd med lege og pas kunne vi informert pas om at hun kunne slutte å ta medisinene sine, og at det da ville gå fortere, sannsynligvis.

120. Pas. har gjerne et ønske om å få dø / "slippe", men pårørende greier ikke akseptere det. Legen føyer gjerne pårørende da for at ikke konflikten skal bli for stor ....

121. Det har vært vanskelig da pasienten gir uttrykk for noe annet tilbehør til sine pårørende og lege enn sykepleier.

122. "Men det er jo så mange pasienter som sier at de vil dø".

123. Du kan føle at du svikter brukeren

124. Der pasienten har vært på sykehus, ønsket å avslutte livet, men de har startet full behandling. Ofte ved alvorlig og uheldelig sykdom Kommet tilbake, der tilsynslege og sykepleier, sammen med pårørende har kommet frem til at en behandler pasienten som terminal, og palliativ behandling. En verdig avslutning for pasienten.

125. Pårørende ønsker at deres nære skal få/ta imot all behandling. Det kan virke som de ikke er klare for å ta farvel. At de ønsker at vi utfører tiltak er kanskje bunnet i redsel og frykt for et liv uten sine kjære.

126. Arbeider på avd for demente som ofte har depresjon som tilleggsdiagnose. Usikker på hvor mye man skal legge i uttalte ønsker om å få dø fra disse pasientene

127. Prosessen for en pasient fra å ville ha aktivbehandling, til å gå over til lindrende behandling kan være lang. Pasienten selv svinger fra det en til det andre. Som sykepleier er en gjerne den som får mulighet til å prate med pasienten alene om slik, og da mulig få de ærligste svarene. Når så en lege kommer for å ta stilling til saken er det vanskeligere for pasienten å si sin mening + at da er også ofte pårørende (som gjerne kjemper for behandling) til stede i rommet. Pasienten får selvsagt tilbud om at pårørende skal gå ut, men opplever svært sjelden at de er "tøffe" nok til faktisk å gjøre det.

128. Pas bør bli hørt, lett for at pårørende blir talsmenn, selv om noen ganger vil pas. Dø der og da fordi han/hun er sliten. Ikke alltid veloverveid når de sier de ikke orker mer. Viktig å stille spørsmålet HVORFOR

129. Pasienten ytrer ønske om å dø ganske tydelig til alle sykepleiere som er innom, men snur og ytrer til legene ønske om all behandling de kan få som skal gjøre dem friske

130. Lårhalsbrudd opereres så godt som alltid, selv om pasienten selv sier at hun/han bare ønsker å dø.

131. Pasienten ønsket ikke mer behandling eller operasjoner. Lege greide å overbevise pasienten om at ett forsøk til var nyttig, da legen hadde stor tro på at det skulle gå greit. Hadde lange samtaler med pasienten og greide å overbevise. Det gikk ikke bra! Pasienten døde.

132. Pasienten blir overtalt til å gjennomgå operasjon som de egentlig ikke ønsker, de har jo til syvende og sist takket ja, men likevel

133. Se forrige notat.

134. Pasienten kan i en akutsituasjon føle seg sliten og ha mye smerter og ikke se selv at han kan bli bedre igjen. Det kan være han har dårlig livskvalitet fra før og har uttrykt ønske om å ikke bli behandlet dersom noe inntreffer. På sykehus har man plikt til å hjelpe og det kan bli en konflikt der. I mitt arbeid har mange pasienter en begynnende eller ervervet kognitiv svikt slik at det er viktig å innhente komparentopplysninger fra pårørende i tillegg. Mange mennesker i dag har tenkt igjennom dette scenariet og som helsepersonell er det vår oppgave å forsøke å finne ut om dette er noe som er veloverveid eller situasjonsbetinget. Det er ikke alltid enkelt og vi kan ta feil. God dokumentasjon, dialog med pasienten om mulig, kollegaer og pårørende kan hjelpe oss på vei. Viktig med gode etiske holdninger og det å kunne ta den "vanskelige samtalen" med de det måtte gjelde.

135. Familien ønsker å behandle..

136. Det ble raskt avsluttet behandling

137. Uetisk å kaste seg over en pas man ser ikke kan bli frisk. Og i dødens stund skal man være stille.
138. Pårørendes ønsker ble etterfulgt med forklaring at pasienten var gammel og kognitivt redusert og de mente at hun ikke var i stand til å ta stilling selv
139. Opplevd det en gang på annet sykehus for leenge siden (starten av 90-tallet). Jeg var meget opprørt og lagde bråk på vegne av pasienten. Der var det lege som var i overkant behandlingsivrig.
140. pas som selv har gitt opp, men vi som helsepersonell ser behandlingspotensiale for pasienten
141. Når pasienten har vært svært syk og føler at han/hun ikke orker mer kan det hende at man prøver å gå over kneiken å se før man tar avgjørelsen. Stort sett man tar hensyn til pasientens ønske.
142. Suicidal pasienter, ikke døende pga underliggende sykdom
143. Pasient kan si at han ikke ønsker mer behandling, at han ønsker å gi opp. Men når oksygenmengden i blodet blir svært lav kan man si at pasienten ikke er tilregnelig på sine svar og behandling gis allikevel.
144. De jeg sikter til er suicidale pas som ikke ønsker beh.
145. Det kjennes uverdigg og uetisk.
146. kanskje spes da jeg arbeidet med voksne pasienter hvor pas gjerne selv ville slippe mer behandling mens pårørende stod på for at pasienten skulle viderebehandles.
147. Ofte er det vanskelig å skille mellom hva som blir sagt i affekt og om pasienten er orientert nok til å ta beslutninger ved akutt kritisk sykdom. I en sjokktilstand vil en kanskje svare annerledes enn om en hadde blitt spurt om samme spørsmål i en roligere tilstand. Det er også vanskelig å vite om pasienten er ved sine fulle fem og dermed kan forstå informasjon som blir gitt.
148. Nei, men når overdosepasienter kommer i mottak er det så klart ikke så lett å alltid være "enig" med pasienten om en god behandling ...
149. Dette tema er ikke så aktuelt der jeg jobber.
150. I min tid som intensivsykepleier på UNN var det ett par situasjoner hvor behandling ikke førte frem, og hvor behandling gjorde tilstanden verre, samtidig som pasienten hadde sterkt ønske om å slippe.
151. En gammel dame som ikke ville ha behandling for sin pneumoni, da hun følte hun ikke hadde flere venner igjen og ingenting å leve for. Hun fikk antibiotikabehandling iv mot sin vilje
152. Dette gjelder selvsagt de tilfeller hvor pasienten er samtykkekompetent og ikke er psykisk syk/suicidal
153. Se tidligere svar
154. Pasienten hadde smerter, led av anemi og var sliten av faste og u.s. Jeg tenkte at dette ikke ville gå bra. Men etter tre dager begynte pasienten å komme seg. Og etter korttidsopphold i kommunen kunne pasienten skrives ut til bolig. Her tok jeg feil. Opplevd at det ble gitt væske i.v. til pasient samt ernæring på sonde.