

Etikk i nyfødtsykepleie

# Ulike virkeligheter kolliderer på nyfødt- intensiv

Det er mange hensyn å ta ved sykepleie til kritisk syke nyfødte.

## Forfattere

Maria Strandås  
Universitetslektor  
Universitetet i Nordland

---

Sykepleien 2014 102(14)(50-53)

DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0166>

I de færreste sykepleiefaglige områder er etiske utfordringer så tydelige som i nyfødtsykepleie. Pasientene er små og sårbare, ofte med kompliserte tilstander der prognosen er usikker. Det nyfødte barnet befinner seg i en setting av foreldre, familie og spesialiserte fagfolk, blant annet sykepleiere. Vanskelige etiske situasjoner berører alle aktørene innenfor feltet. Sykepleiere som arbeider med kritisk syke nyfødte og premature møter etiske utfordringer hver eneste dag. Alt fra utfordringer i relasjon og samhandling med foreldre og kollegaer, til store og vanskelige etiske dilemmaer som angår liv og død. De typiske etiske bekymringene som sykepleiere møter i daglig praksis er hverdagsutfordringene. De trivielle og udramatiske situasjonene sykepleieren møter og beslutningene som tas, er like lite verdinøytrale som de store liv-død-valgene. Det er derfor viktig å understreke at det ikke bare er de store og åpenbart dramatiske hendelsene som bør erkjennes som etiske problemer i klinisk sykepleiepraksis (1). I denne artikkelen ser vi nærmere på de hverdagsetiske utfordringene sykepleiere møter i nyfødtintensiv avdeling, samt hvordan forskningsfunn kan danne innsikt for å forbedre og kvalitetssikre praksis.

## **Hverdagsetik**

Hverdagsetikk har med verdier og holdninger å gjøre, som respekt og varhet, evne til å se, lytte og til å handle (2). For å ivareta barnets beste er det derfor viktig ikke bare å tenke over hvilke valg som tas, men også på hvilket grunnlag man tar dem. Hvordan sykepleieren utfører handlingene vil ha stor betydning for om det oppleves godt for barnet. Å se og tilrettelegge sykepleie best mulig for hvert enkelt barn er en kontinuerlig utfordring. Det krever etikk, holdning, fagkunnskap, kyndig handlingsredskap og skjønn. Måten sykepleieren møter, forstår og verner appellen fra det sårbare barnet og familien på, er selve kjernen i sykepleie (3). Ifølge Martinsen (4) er det kvaliteten i relasjonen som er vesentlig, og sykepleiens mål er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger, ut fra en faglig vurdering av hva som er til pasientens beste (4).

## **Beslutningsmodeller**

Pasientens sikkerhet avhenger i stor grad av helsepersonellens etiske vurderinger. For å opprettholde forsvarlig praksis må fagfolk være kompetente til å ta etiske beslutninger. Dersom man overlater moralske spørsmål utelukkende til den enkelte sykepleieren kan det sårbare barnet bli offer for den enkeltes subjektivitet og vilkårlighet (3). For å kvalitetssikre sykepleie og hjelpe sykepleiere å identifisere og løse etiske utfordringer kan etiske beslutningsmodeller og andre faglige eller etiske redskaper være nyttige. Etiske prinsipper som «velgjørighet» og «ikke-skade» kan brukes som overordnede prinsipper og ligge til grunn for avgjørelser sykepleiere tar. Velgjørhetsprinsippet innebærer å gjøre det som til enhver tid er det beste for pasienten, mens ikke-skadeprinsippet innebærer plikten til ikke å skade andre (5). Etiske beslutningsmodeller består av ulike trinn for å identifisere og løse etiske problemer (6). Slike modeller kan synes omfattende i møte med hverdagsetiske utfordringer, og i nyfødtintensiv kontekst bør modellen åpne for individuelle hensyn til barnets behov og situasjon, samt foreldrenes ønsker og verdier. Haddad (7) presenterer en slik modell bestående av fem trinn: 1. Reagere på følelsen av at noe er galt. 2. Samle informasjon. 3. Identifisere det etiske problemet. 4. Søke etter en løsning/fastslå alternativ. 5. Samarbeide med andre for å avgjøre riktig handling. Modellen egner seg for hverdagsetiske utfordringer da den ikke er svært omfattende, samtidig som den inkluderer andre aktører i beslutningsprosessen.

## **Metode**

Artikkelen tar utgangspunkt i en studie basert på seks kvalitative dybdeintervjuer (8) av spesialsykepleiere med minst fem års erfaring fra nyfødteintensiv avdeling. Hensikten var å få økt kunnskap og innsikt i sykepleiernes hverdagsetiske erfaringer og få fram mangfoldet av etiske utfordringer sykepleierne møter. Innsamlet data er analysert ved hjelp av Kvaales fenomenologisk-hermeneutiske analyse (8,9).

## **Funn**

I denne studien kom det frem at etiske utfordringer som sykepleierne møter i nyfødteintensiv avdeling ofte er knyttet til ulike virkelighetsoppfatninger. Studiens funn ble til temaet: «Å ivareta barnets beste når ulike virkeligheter kolliderer». Med «ulike virkeligheter» menes at foreldre, sykepleiere og annet helsepersonell, på grunn av ulik utdanning, kunnskap, erfaring og relasjon til barnet, oppfatter virkeligheten de står i svært forskjellig. Under presenteres studiens funn i form av seks undertemaer som også representerer områder hvor ulike virkeligheter kolliderer i ivaretagelsen av barnets beste.

## **Utfordrende**

Samarbeid med foreldre krever mye tid og ble beskrevet av sykepleierne som givende, men utfordrende. Ulik forståelse og relasjon til barnet gjør at sykepleiere og foreldre kan oppfatte situasjoner forskjellig, noe som utfordrer samhandlingen. Sykepleierne fortalte at ærlig informasjon var viktig, men med foreldre i en krisesituasjon er det utfordrende å vurdere hvor mye informasjon det er hensiktsmessig å gi, og på hvilket tidspunkt. Sykepleierne følte seg av og til dradd vekk fra barnet for å tilfredsstille foreldres behov. I kritiske situasjoner må sykepleierne alltid prioritere barnet, noe som kan medføre opplevelsen av å svikte foreldrene. Sykepleierne beskrev hvor vanskelig det var å være tilskuer til barnets lidelser, og hvordan de ble berørt av barnets og foreldrenes situasjon og følelser. Tragiske hendelser setter dype spor i sykepleieren og kan utløse lange tankeprosesser og søvnløse netter, spesielt hos uerfarne sykepleiere. Det er vanskelig ikke å la seg påvirke av foreldres redsel eller sorg. Sykepleierne ga også uttrykk for hjelpeløshet og frustrasjon når de ikke kom til enighet med leger om barnets behandling.

## **Beskytte barnet**

Sykepleierne i studien påpekte at på grunn av barnets størrelse, umodenhet i alle organsystemer, dets sårbarhet, avhengighet og manglende evne til å uttrykke egne ønsker og behov, utgjør syke nyfødte en spesielt krevende pasientgruppe. Sykepleierne synes det var vanskelig at de måtte påføre barnet smerter for å få gjennomført forordnet behandling. De var opptatt av å beskytte barnet mot sansemessige belastninger og sørge for tilstrekkelig hvile. Ulike yrkesgrupper skulle inn til barnet for undersøkelser og behandling, og sykepleierne opplevde utfordringer med å sørge for at det sårbare barnet fikk tilstrekkelig og sammenhengende hvile.

Sykepleierne uttrykte at det var utfordrende å vurdere hvor bestemte de skulle være for å få gjennomført omsorgstiltak de mente var best for barnet, dersom foreldrene ikke forsto eller var helt enig i det som skulle gjøres. Når foreldre motsetter seg behandling som barnet trenger, må sykepleieren balansere varhet og myndighet for å komme til enighet med foreldrene samtidig som barnet får forsvarlig behandling.

## **Uenighet**

Sykepleierne uttrykte at ulik forforståelse og opplevelse av situasjoner kunne skape uenighet med kollegaer. Konflikter med leger ble beskrevet som spesielt utfordrende, og sykepleiere følte seg hjelpeløse om legen ikke lyttet til dem. Nyfødteintensiv er en travel avdeling, og sykepleierne fortalte at de av og til kan glemme, eller ikke få tid til å gjøre en prosedyre, eller at beskjeder ikke gis ved vaktskifter. Slik kommunikasjonsvikt, og det at sykepleierne ikke fikk tid til å konferere med foreldrene før de tok avgjørelser på vegne av barnet, førte til unødvendige konflikter med foreldrene.

## **Kontinuitet**

Kontinuitet i sykepleien skaper forutsigbarhet og trygghet for engstelige foreldre, sier sykepleierne. Pleieplaner ble brukt for å ivareta kontinuiteten i omsorgen til barnet. At pleieplaner ble ignorert eller endret uten avtale skapte frustrasjon blant sykepleierne og foreldrene. Sykepleierne opplevde at kontinuitet i barnets hverdag var vanskelig å opprettholde etter som mange ulike yrkesgrupper tar del i behandlingen. Sykepleierne var bevisste på barnets behov for ro, men samtidig var det vanskelig å legge opp dagen på en måte som både ivaretar barnets behandlingsbehov, omsorgsbehov og som gir tilstrekkelig hvile.

## **Barnets beste**

Å vurdere hva som er best for barnet er utfordrende. Sykepleierne pekte på at tiltak som er nødvendige for å sikre optimale fysiologiske forhold for barnet også kan medføre en rekke ubehagelige og smertefulle opplevelser. Et enkelt barn kan ha motstridende interesser og behov, og sykepleierne fortalte at det ofte var vanskelig å avgjøre hvilke behov som skulle vektlegges for å ivareta barnets beste på kort og lang sikt. Hva er viktigst, de umiddelbare og nåværende interesser eller de framtidige? Selv om utsiktene ved behandling på lang sikt er gode, kan det føles som om man påfører barnet et overgrep i nuet (3). Dilemmaet mellom nåtid og framtid synliggjør ett av sykepleiernes hverdags-etiske konfliktsituasjoner: Pasientens autonomi versus maksimal behandling. Hva er egentlig til barnets beste?

## **Posisjoner**



Sykepleiere må forholde seg til to ulike posisjoner. En posisjon er det som skal være godt for barnet, noe annet er å imøtekomme innspill fra omgivelsene. Sykepleierne i studien var svært opptatt av å beskytte barnet mot sansemessige belastninger og sørge for tilstrekkelig hvile. Når ulike yrkesgrupper skulle ha tilgang til barnet for å få gjennomført undersøkelser og behandling, var det utfordrende dersom sykepleiernes opplevelser av hvilke behov som var viktig i situasjonen ikke samsvarte med kollegaenes prioriteringer. Krav om effektivitet og økonomistyring representerer også en virkelighet som påvirker slik at behandling må gjennomføres når personalet har tid og rom, ikke alltid når det passer best for barnets situasjon (10). Å komme til enighet med kollegaer angående barnets beste er utfordrende. Ulike oppfatninger av hvilke faglige og etiske verdier som står på spill skaper frustrasjon for sykepleierne dersom det hindrer tiltak de mener kan hjelpe barnet (11).

Velgjørhetsprinsippet og ikke-skadeprinsippet kan her være til hjelp for å styre ulike helsearbeidere i samme retning. Målet vil alltid være å oppnå mest mulig velgjørhet og minst mulig skade for pasienten (5).

## **Foreldrenes ønsker**

Foreldre har naturlig nok sterke meninger om behandling og sykepleie til sitt barn. Disse er ikke nødvendigvis i tråd med sykepleiernes vurderinger av hva som er viktig. Når foreldrenes og sykepleierens virkeligheter kolliderer, må sykepleieren benytte både faglig og etisk skjønn for at foreldrene skal føle seg sett, hørt og inkludert, samtidig som det sårbare barnets behov og rettigheter blir ivaretatt. Selv om barnets beste alltid er prioritert, betyr det ikke at hensyn til foreldre ikke veier tungt. Ideelt sett bør man finne en løsning som ivaretar både barnets beste og foreldrenes ønsker. Samtidig er det sykepleierens faglige ansvar å sørge for forsvarlig behandling av barnet (12). For å vurdere og planlegge gode løsninger kreves det evner til å integrere kunnskap og ferdigheter med pasientens og familiens verdier og omstendigheter.

I slike situasjoner kan etiske modeller være til hjelp (6). Ved å bruke Haddads modell (7) kan sykepleieren, så snart hun (i trinn én) oppfatter at etiske verdier står på spill, gå inn i modellen og følge trinnene videre mot en god løsning på den etiske utfordringen.

Sykepleieren samler inn nødvendig informasjon i trinn to og bruker denne informasjonen til å identifisere det etiske problemet i trinn tre. For å finne gode løsninger på etiske utfordringer må sykepleieren identifisere hvem som påvirkes av en beslutning og hva som er deres verdier (13). Foreldre vil naturlig nok alltid ha opplevelser og meninger angående sitt barns behandling og sykepleie, og påvirkes av beslutninger som tas. Sykepleieren må ta dette med i betraktning når hun i trinn fire fastslår alternative løsninger. Det siste trinnet i modellen innebærer et samarbeid med andre for å avgjøre riktig handling i situasjonen (7). Dette trinnet er viktig da det forhindrer vilkårlighet i beslutningsprosessen. Sykepleier kan i dialog med foreldre og kollegaer finne gode løsninger som tar nødvendige hensyn til ulike virkelighetsoppfatninger. Dersom alle sykepleiere benytter samme framgangsmåte for å løse etiske utfordringer, blir sykepleiepraksis mer konsistent og ikke minst

forutsigbar for foreldre. Dermed kan man kanskje også unngå at enkelte problemer oppstår.

## **I praksis**

Kunnskapen om at ulike virkeligheter som kolliderer gjør det vanskelig å ivareta den nyfødte, synliggjør behovet for å forbedre og kvalitetssikre praksis. I møte med hverdagsetiske utfordringer på nyfødtintensiv avdeling kan det være nyttig for sykepleiere å benytte seg av etiske retningslinjer og modeller i beslutningsprosessen. Dermed vil det legges føringer for hvordan sykepleiere skal identifisere og løse etiske utfordringer i praksis. Slike føringer bidrar til å forhindre vilkårlighet og kvalitetssikrer sykepleie til sårbare nyfødte når ulike virkeligheter kolliderer. Praksis blir dermed gjort mer konsistent for barnet, til tross for at både foreldre og andre må bli sett. Da sykepleie til kritisk syke nyfødte utgjør et spesielt fagområde med mange ulike aktører og virkelighetsoppfatninger, kan det fremdeles være behov for å utvikle en ny hverdags-etisk beslutningsmodell som ivaretar barnets beste når ulike virkeligheter kolliderer.

## **Avslutning**

Artikkelen presenterer nye aspekter som kan gi økt kunnskap og forståelse for mangfoldet av hverdagsetiske utfordringer sykepleiere som arbeider med kritisk syke nyfødte møter. Synliggjøring av sykepleiernes hverdagsetiske erfaringer kan bidra til økt refleksjon og bevissthet omkring etikkens plass i hverdagens gjøremål på nyfødtintensiv avdeling. Utvikling av en modell som kan hjelpe sykepleieren til å identifisere og løse hverdagsetiske utfordringer i praksis kan bidra til at det sårbare barnet får en konsis og kvalitetssikret sykepleie, til tross for ulike virkeligheter. Forskning på dette området frambringer ny kunnskap som kan bidra til å heve kvaliteten på sykepleie som gis til kritisk syke nyfødte. Funnene støtter behovet for videre forskning på området hverdagsetikk på nyfødtintensivavdeling.

## Referanser:

1. Hamran T. Pleiekulturen. En utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 1992.
2. Bredesen T. Grunnleggende sykepleie til nyfødte. I: Tandberg BS, Steinnes S, red. Nyfødtsykepleie 1. Oslo: Cappelen Damm AS, 2009:289–300.
3. Tandberg BS, Bjarkø L. Etikk i nyfødtmedisin. I: Tandberg BS, Steinnes S, red. Nyfødtsykepleie 1. Oslo: Cappelen Damm AS, 2009: 64–82.
4. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
5. Brinchmann BS. De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann BS, red. Etikk i sykepleien. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS, 2012:81–96.
6. Park EJ. An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nurs Ethics* 2012;19:139–59.
7. Haddad AM. The anatomy and physiology of ethical decision making in oncology. *J Psychosoc Oncol* 1992:69-82.
8. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
9. Kvale, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2001.
10. Rochefort CM, Clarke SP. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes and quality of care on neonatal units. *J Adv Nurs* 2010;66:2213–24.
11. Hall EOC, Brinchmann BS, Aagaard H. The challenge of integrating justice and care in neonatal nursing. *Nurs Ethics* 2012;19:80-90.
12. Slettebø Å. Ethiske dilemmaer. I: Brinchmann BS, red. Etikk i sykepleien. 3 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2012.
13. Bunting SM, Webb AA. An ethical model for decision-making. *Nurs Pract* 1988;13:30–4.