

Arbeidsnotat

Working Paper

2023:5

Marita Christina Susanne Melbye

Beslutningsprosesser ved
begrensning av livsforlengende
behandling på intensivavdeling



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Marita Christina Susanne Melbye

Beslutningsprosesser ved begrensnig av livsforlengende behandling på intensivavdeling

Vitenskapelig essay fra PhD-kurs:
Profesjonell omsorg i spenningsfeltet mellom system og livsverden. 2021

Arbeidsnotat / Working Paper 2023:5

Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2023

ISSN 1894-4078

ISBN 978-82-7962-344-1 (trykt)

ISBN 978-82-7962-345-8 (elektronisk)

Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling på intensivavdeling

Stadig flere pasienter som behandles på en intensivavdeling kan reddes tilbake til livet, men noen ganger vil helsepersonell stå innfor dilemmaet hvorvidt en livsforlengende behandling skal trekkes tilbake eller risikere at pasienten behandles unødig (Gulbrandsen 2016). I 2009 kom den første nasjonale veileder for beslutningsprosesser ved livsforlengende behandling. Den kom til etter et uttrykt behov fra fagmiljøene i helsetjenesten. Det var også blitt gjort kjent i media der konkrete enkeltsaker var eksponert. Hensikten med veilederen er at den skal fungere som en felles veileder og være en referanseramme for de beslutninger helsepersonell stilles innfor i enkelt tilfeller (Helsedirektoratet 2009). I 2013 kom en revidert utgave der det ble innhentet erfaringer fra de som hadde brukt veilederen i sin kliniske praksis (Helsedirektoratet 2013). Ifølge den nasjonale veilederen bør en beslutning om å begrense livsforlengende behandling bygge på drøftinger i det tverrfaglige behandlingsteamet rundt pasienten. Pasientens pårørende kan delta i beslutningsprosessen hvis pasienten ikke er samtykkekompetent gjennom at de kan fortelle hva de tror at pasienten selv ville ha ønsket. Beslutningen treffes av den behandlingsansvarlige legen. Hvis det oppstår uenighet eller konflikt rundt å begrense den livsforlengende behandlingen, som ikke lar seg løse gjennom dialog, bør noen utenfor behandlingsteamet konsulteres, for eksempel en klinisk- etisk komite. Denne komiteen kan belyse saken bredt og bidra til en uhildet drøfting (Helsedirektoratet 2013).

Intensivsykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar og skal handle forsvarlig, ivareta pårørende og sikre pasientens autonomi, integritet og rettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet 1999a; Helse- og Omsorgsdepartementet 1999b; Helse- og Omsorgsdepartementet 1999c; NSF 2011). I NSFLIS Funksjons- og ansvarsbeskrivelse til intensivsykepleiere står det at intensivsykepleieren «*medvirker i beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling, og tar medansvar for å bidra til en verdig død*». Intensivsykepleiere skal samhandle i behandlingsteamet i intensivavdelingen (NSFLIS 2017). Intensivsykepleiere som er involvert i diskusjoner om livsforlengende behandling ved hjelp av medisinsk teknisk utstyr skal avsluttes eller kontinuere, lever med faren for at pasienten får en uhensiktsmessig omsorg og behandling hvis behandlingen fortsetter (Piers, Azoulay, Ricou et al. 2011).

På intensivavdelinger er pasientene ofte sedert for å kunne tolerere sterkt smertefulle og ubehagelige stimuli, som for eksempel ved respiratorbehandling. Det finnes ulike nivåer av sedasjon, men pasientens bevissthetsnivå vil være påvirket av de legemidlene som brukes i den anledning. Det vil stille store krav til intensivsykepleierens etiske kompetanse for å kunne ivareta den sederte pasientens autonomi, integritet og verdighet (Gulbrandsen 2015). Sederte pasienter er ikke alltid samtykkekompetente (Helse- og Omsorgsdepartementet 1999b), noe som gjør det vanskelig for helsepersonell å vite hva pasienten selv ville ha ment om den livsforlengende behandlingen. Noen pasienter på intensivavdelinger svarer ikke på behandlingen og helsepersonellet stilles innfor dilemmaet om, og når den livsforlengende behandlingen bør avsluttes (Gulbrandsen 2016). I følge Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven skal all helsehjelp være faglig forsvarlig og omsorgsfull (Helse- og Omsorgsdepartementet 1999a; Helse- og Omsorgsdepartementet 1999b).

I dette essayet ønsker jeg se nærmere på hvordan beslutningsprosesser rundt livsforlengende behandling kan påvirke omsorgen for pasient og pårørende på intensivavdelingen. Essayets problemstilling er: Hvordan kan beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling på intensivavdelingen påvirke intensivsykepleierens omsorg for pasient og pårørende?

Beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling vil foregå i en kontekst av styringsformen for sykehusene i Norge. Styringsformen vi har på norske sykehus er New Public Management (NPM). Det har blitt fremmet kritiske argumenter til NPM fra fagfolk (Friberg Horgen 2015). Det kan være viktig å belyse hvilke utfordringer som kan oppstå når krav fra systemnivå påvirker hvordan intensivsykepleier møter pasient og pårørendes i deres livsverden i forbindelse med beslutningsprosesser rundt begrensning i livsforlengende behandling.

Habermas kommunikative rasjonale

Habermas viser til at alle mennesker har sin livsverden som tar utgangspunkt i deres kultur, normer for mellommenneskelige relasjoner og personlighet. Den enkeltes livsverden påvirker deres kommunikative handling og hvilken intensjon de har med sin handling. Det kan oppstå en konflikt mellom livsverden og systemverden når disse har ulike intensjoner (Habermas 1999a). Slik jeg forstår Habermas teori fremmer han at deltakende aktører i fellesskap gjennom kommunikasjon skal finne en gjensidig forståelse av en situasjon. Den kommunikative handlingen skiller seg fra strategisk handling gjennom at den bygger på at man i fellesskap

finner en felles situasjonsforståelse (Habermas 1999b). På en intensivavdeling der travelhet påvirker arbeidshverdagen kan det kanskje være vanskelig å finne tid til at alle aktører rundt pasienten gjennom kommunikasjon skal komme til en gjensidig forståelse av de beslutninger som gjøres i forbindelse med eventuell begrensning i livsforlengende behandling. Travelhet kan ses på som en konflikt mellom systemverden og livsverden. NPM er styringsformen for systemverden på et sykehus. NPS har blitt kritisert for å bidra til at helsepersonell står i fare for å objektivisere og distansere seg fra pasienten og deres pårørende (Friberg Horgen 2015).

Kari Martinsens perspektiv på omsorg

Kari Martinsen har en viktig stemme med sin omsorgsteori for å belyse intensivsykepleierens omsorg for pasient og pårørende ved beslutningsprosesser rundt begrensninger i livsforlengende behandling. Martinsens tenkning har sitt fundament i skapelsestenkingen Hun er inspirert av filosof Knud Ejler Løgstrup (Martinsen 2020, 2021). I moden omsorgsteori anses Løgstrup og Martinsens omsorgsteorier om hva sykepleie er, ha paralleller med den barmhjertige samaritan og altruisme. Teoretikerne innenfor moden omsorg kritiserer omsorgsteori basert på altruisme da de mener den er ensidig og unngår å spørre seg hvorfor omsorg er nødvendig og ser på pasienten som et menneske ut av stand til å ta ansvar for eget liv og helse. I moden omsorgsteori flyttes fokus fra den hjelpeløse pasienten uten ansvar for eget liv og helse, til et syn på at pasienten skal lære av sin situasjon og få en økt autonomi (Pettersen 2012). I dette essayet velger jeg å analysere valgt problemstilling med Martinsens omsorgsteori da jeg anser den som mest relevant for valgt situasjon med en sedert pasient ut avstand til å selv bestemme om den livsforlengende behandlingen skal fortsette.

På en høyteknologisk intensivavdeling er det en fare for at omsorgen for pasienten og dennes pårørende kan bli rutinepreget, styrt av medisiner og teknologi (Gulbrandsen 2016).

Intensivsykepleieren kan bli «fanget» av kulturen som råder i intensivavdelingen der fokuset lett kan flyttes fra pasient og pårørende til det teknologiske utstyret, målinger av ulike data, screeninger etc. Det kan da være en fare for at sykepleien kan bære preg av å være instrumentell og grenseløs. Hvis sykepleieren er åpen for pasienten og pårørendes liv, stemninger og toner vil det ha stor betydning for hva sykepleieren formidler videre i behandlingsteamet rundt vurdering av begrensning av livsforlengende behandling. Som intensivsykepleier bør man trå varsomt og ha en sansenær og omsorgsfull samhandling med pasient og pårørende for å kunne ta inn deres (den annens) livsverden. Dette kan komme i konflikt med at sykepleieren kan arbeide i en «befalende kultur» der sykepleieren har en

travelhet med ulike påbud, eller regler, om hva som må gjøres og som kan føre til at sykepleieren ikke klarer å være sanselig til stede i situasjonen. I en «befalende kultur» gis det lite rom for at sykepleieren kan ta vare på og verne om sårbart liv (Martinsen 2020). NPM er en styringsform for sykehusene i Norge, som kan bygge opp under en «befalende kultur» der det som er målbart er det viktigste.

I sykepleien til pasient og pårørende er det viktig at intensivsykepleieren forsøker å følge de i deres «små» håp for å bidra til at de som har mistet håpet kan få det tilbake. Dette kan intensivsykepleieren gjøre gjennom å lytte oppmerksomt og stille seg til rådighet for de, og skape mulighetsrom. I sykepleien til pasienter med usikkert utfall av behandlingen kan det handle om små stunder som gir mening for pasienten, og, eller pårørende (Martinsen 2020).

Pasienter som får respiratorbehandling, ikke er samtykke kompetent som følge av sedering, der behandlingen kanskje ikke lengre fører til helbredelse, og derfor kan føre til en uverdigg død, er en sårbar gruppe. Det er også deres pårørende. Det krever at sykepleieren er sanselig til stede og samhandler med pårørende, som vil være pasientens talsperson, for å kunne ta inn hva pårørende mener om pasientens situasjon og hva de mener ville ha vært pasientens ønske. Martinsen mener så at når vi som sykepleiere har sett og forestilt oss pasientens og pårørendes perspektiv, hatt en omvendt medfølende tenkning, skal vi søke de muligheter vi har for å hjelpe (Martinsen 2020). I en situasjon der intensivsykepleieren gjennom sitt faglige skjønn og forståelse for pasientens livsverden, formidlet gjennom de pårørende, vurderer at pasienten bør ha begrensning i den livsforlengende behandlingen for å ikke bli overbehandlet og stå i fare for å få en uverdigg «dødspleie», formidler sykepleieren dette til resten av behandlingsteamet i håp om å bli hørt. Hvis behandlingsansvarlig lege likevel beslutter å fortsette behandlingen kan intensivsykepleieren oppleve et stort etisk dilemma.

Intensivsykepleieren skal arbeide videre med behandlingen av pasienten til tross for egen overbevisning, ut fra sitt faglige skjønn og pårørendes ønske, om at livsforlengende behandling bør trekkes tilbake. Dette kan føre til at intensivsykepleieren kan få vanskeligheter med å være sanselig til stede og pleien av pasienten, og ivaretagelsen av de pårørende, kan bli ukonsentrert. Videre kan intensivsykepleieren oppleve skyld og skam, og føle at hun, eller han, ikke lever opp til forventningene fra pårørende (Martinsen 2020).

Forskning på feltet

I situasjonen som belyses i dette essayet er ikke pasienten samtykkekompetent som følge av sedering. De pårørende vil da ha en sentral rolle i å formidle hva de mener er pasientens ønsker. I Stortingsmelding 11, 2020-2021 (Helse- og Omsorgsdepartementet 2019) trekkes pårørende frem som en uvurderlig ressurs for pasienten da de kan bidra med svært nyttig informasjon som kan være et gode for pasienten. Ifølge Martinsen (Martinsen 2020) kan vi som sykepleiere gjennom å være sanselig til stede i samhandlingen med pasient og pårørende finne deres livsverden. Intensivsykepleieren vil kunne formidle deres livsverden til resten av det tverrfaglige teamet. Det er den behandlingsansvarlige legen som treffer beslutningen. Noen ganger kan intensivsykepleieren oppleve at beslutningen som treffes ikke er i samsvar med sin egen overbevisning og faglige skjønn, og ikke hensyntar pårørendes perspektiv. I artikkelen *Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-lifedecisions: A national survey study* (Albers; Francke; de Veer et al. 2014) fremkommer at sykepleiere kan føle på en maktesløshet over at de noen ganger må yte omsorg som kommer i konflikt med sin egen overbevisning hvordan pleie og omsorg skal ytes. Dette kan utvikles til moralsk stress. I en studie fremkom at moralsk stress forekommer hos 80% av intensivsykepleiere (Corley 2002).

Elizabeth Peters og Joan Liaschenko presenterte i sin artikkel *Moral Distress Reexamined: A Feminist Interpretation of Nurses' Identities, relationships, and Responsibilities* (Peter og Liaschenko 2013) to studier som peker på at å være vitne til aggressiv behandling i livets slutfase er en stor kilde til moral stress hos sykepleiere. Det fremkom også at moralsk stress er spesielt vanlig forekommende hos helsepersonell som arbeider med kritisk syke pasienter.

I en norsk studie om intensivsykepleierens rolle i forbindelse med begrensning av livsforlengende behandling, fremkom det at intensivsykepleiere deltar indirekte i avgjørelsen gjennom sine observasjoner av pasienten. Intensivsykepleieren danner seg en helhetsvurdering av pasienten som de formidler i diskusjon med legene rundt begrensning av livsforlengende behandling. Det bør være den intensivsykepleier som kjenner pasient og pårørende godt som deltar i diskusjonen. Det er ofte intensivsykepleieren som tar initiativ til å ta opp spørsmålet om behandlingen skal begrenses og de mener at dialogen bør starte tidligere når behandling ikke viser seg å føre frem. Noen ganger kan intensivsykepleieren være uenig i beslutningen om å fortsette eller begrense livsforlengende behandling (Valsø, Ambjørnsen og Lindahl 2013).

De presenterte studiene bygger opp under egne erfaringer om at vi som intensivsykepleiere arbeider tett på pasient og pårørende og kan følge pasienten gjennom hele vekten, til forskjell fra andre profesjoner som kun møter pasient og pårørende i korte øyeblikk. Gjennom den tette samhandlingen får vi en unik mulighet til å lære å kjenne pasienten, gjennom pårørende, og pårørendes livsverden. Vi kan sanse deres syn på livsforlengende behandling når den ikke bidrar til helbredelse, men påfører smerte og ubehag. Vi lever med deres smerte, uro og bekymring over faren for at pasienten får en uhensiktsmessig omsorg og behandling (Piers, Azoulay, Ricou et al.2011). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal vi som sykepleiere ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død (NSF 2011). Egne erfaringer med å ta opp spørsmålet om å begrense livsforlengende behandling der jeg er overbevist om at det ikke er forsvarlig å fortsette behandlingen, for så å oppleve at man som intensivsykepleier ikke blir hørt, er meget utfordrende. Vi skal fortsette behandlingen og omsorgen for pasient og pårørende på kryss av egen overbevisning og faglig skjønn.

Ifølge feministisk helseetikk arbeider sykepleiere innenfor rammene av et komplekst nettverk i helsevesenet med ulike profesjoner, pasienter, pårørende, administrasjon og ledelse, politiske styringsformer, prosedyrer og økonomi. De tverrfaglige teamene som intensivsykepleieren arbeider i, er ofte hierarkiske av natur (Peter og Liaschenko 2013). Hvis vi ser på Habermas kommunikative rasjonale (Habermas 1999a) kan det kan tenkes at det vil oppstå en konflikt mellom intensivsykepleierens livsverden og systemverden i beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling. Hvis beslutningen fattet av den behandlingsansvarlige lege ikke bygger på en felles situasjonsforståelse i det tverrfaglige teamet vil kanskje risikoen øke for at noen av medlemmene i teamet opplever moralsk stress. En studie fra 2009 viser at det ofte forekommer uenigheter i behandlingsteamet rundt behandlingsmål og livsforlengende behandling på intensivavdelinger (Danjoux, Lawless og Hawryluck 2009). Denne studien ble publisert samme år som den første nasjonale veilederen ble utgitt. Situasjonen kan se annerledes ut i dag hvis veilederen er gjort kjent i fagmiljøene og tatt i bruk. Jeg har ikke alltid erfart at den nasjonale veileder følges og at det ikke alltid er en god beslutningsprosess der man bruker tid på å diskutere og reflektere over ulike sider og livsverdener ved en beslutning.

Som tidligere nevnt arbeider sykepleiere innenfor rammene av et komplekst nettverk (Peter og Liaschenko 2013) der det kan oppstå konflikt mellom sykepleierens verdier om å ivareta pasient og pårørende ut fra deres livsverden og behov, og administrasjonen og ledelsens krav

til å drive innenfor visse økonomiske rammer. Det kan helt konkret bety at det ikke er nok intensivsykepleiere og leger på jobb for at de skal kunne delta i møter i det tverrfaglige teamet og bidra i beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (Peter og Liaschenko 2013).

Mulige løsninger

Ifølge stortingsmelding 11 *Kvalitet og pasientsikkerhet 2020-2021* (Helse- og Omsorgsdepartementet 2015) er det avgjørende at en organisasjon erkjenner at det er rom for forbedringer for å lykkes med kvalitetsforbedring. I stortingsmeldingen nevnes også at helsepersonell skal ha avsatt tid til felles diskusjon og refleksjon. Det kan knyttes opp mot beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Arbeidet i en slik prosess må anerkjennes og ses på som et ledd i kvalitetsforbedringsarbeid og det må settes av tid til dette arbeidet for å få en god prosess. Det er viktig at alle profesjoner i behandlingsteamet får avsatt tid til felles møter. I stortingsmeldingen pekes det på at kvalitetsforbedringsarbeid skal være forankret i ledelsen. Det tror jeg er nøkkelen til å få til gode beslutningsprosesser. Ledelsen for alle profesjonene i behandlingsteamet må anerkjenne at dette arbeidet tar tid, og frigjøre tid og ressurser for helsepersonellet til å arbeide sammen tverrprofesjonelt med beslutningsprosessen. Lederes ansvar for kvalitetsforbedringsarbeid er også beskrevet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (Helse og -Omsorgsdepartementet 2017).

Kommunikasjon, lederskap, koordinering og beslutningstaking er viktig for optimalt teamarbeid på intensivavdelinger (Reader, Flin, Mearns et al. 2009). Dette er faktorer som er aktuelt i arbeidet med beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Jeg tror det kan være viktig å få trene på disse faktorene på tvers av profesjoner. I *Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020-2023* (Helse- og Omsorgsdepartementet 2020) trekkes simulering frem som en metode for kompetanseutvikling for helsepersonell, noe som støttes av WHO internasjonalt (WHO 2012). Orvik (2015) hevder at forståelse for egen rolle i teamarbeid kan forbedre samhandlingskompetansen. Gjennom tverrprofesjonell simulering kan man få et innblikk i de ulike profesjonenes livsverden. Ifølge Habermas (Habermas 1999a, 1999b) vil den enkeltes livsverden påvirke kommunikativ handling og hvilken intensjon den enkelte har med sin handling. Gjennom tverrprofesjonell simulering kan deltakerne lære hverandres livsverden, og intensjon med sin handling, å kjenne og på den måten forstå hverandre bedre og, forhåpentligvis, få et bedre utgangspunkt for gode beslutningsprosesser.

Ved uenigheter i teamet ved beslutninger om begrensninger i livsforlengende behandling kan Klinisk etikk komite (KEK) kontaktes. KEK finnes i alle helseforetak og er tverrfaglig sammensatt. Komiteen skal bidra til å forbedre kompetanse i klinisk medisinsk etikk og være til støtte for helsepersonell i klinisk arbeid, pasienter og pårørende i vanskelige etiske beslutningsprosesser. Drøftinger i komiteen kan skje både prospektivt og retrospektivt. Komiteene er frittstående og uavhengige. De skal sikre at pasientens stemme blir hørt. Pasienter og pårørende kan selv henvende seg til komiteene med saker, på lik linje med helsepersonell (Magelssen, Pedersen og Førde 2018). Min erfaring er at komiteen sjelden brukes i slike situasjoner.

I situasjoner der intensivsykepleieren opplever et moralsk stress, eller ubehag, i forbindelse med beslutningsprosesser ved begrensning i livsforlengende behandling kan etisk refleksjon sammen med kollegaer på avdelingen være en mulig løsning for å systematisk drøfte det aktuelle problemet. Det finnes ulike modeller for etisk refleksjon. Her har jeg valgt å kort presentere SME- modellen, som er utviklet ved Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo. Modellen kan brukes på den enkelte avdeling eller i Kliniske etikk komiteer (KEK). I SME- modellen settes følgende spørsmål opp som skal besvares:

- Hva er fakta i saken?
- Hvem er berørte parter, og hva er deres syn?
- Hvilke verdier aktualiseres?
- Hvilke lover/retningslinjer aktualiseres?
- Hvilke handlingsalternativer fins?

(Lillemoen 2016).

Som essayet viser, kan beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling på intensivavdelingen indirekte påvirke intensivsykepleierens omsorg for pasient og pårørende. Jeg håper at vi fremover får oppleve at alt helsepersonell som deltar i arbeidet med beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling får tid og ressurser til ha gode refleksjoner rundt hva som er riktig beslutning i hvert enkelt tilfelle. Mitt håp er at alle, så vel helsepersonell som pasient (der det er mulig) og pårørende, får en felles situasjonsforståelse som bidrar til aksept for beslutningen, og at beslutningen som fattes har tatt hensyn til alle involverte aktørers livsverden. I tillegg må det arbeides kontinuerlig med kvalitetsforbedringsarbeid rundt beslutningsprosesser ved livsforlengende behandling og skape en kultur som bidrar til dette.

Referanser

- Albers Gwenda, Anneke I. Francke, Anke J.E. de Veer, Johan Bilsen, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen. 2014. "Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-lifedecisions: A national survey study." *Patient Education and Counseling* 94: 4-9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.018>.
- Corley, MC. 2002. "Nurse moral distress: a proposed hteory and research agenda." *Nurs Ethics* 9 (6): 636-650. <https://doi.org/https://doi.org/10.1191%2F0969733002ne557oa>.
- Danjoux Meth N, Lawless B, Hawryluck L. 2009. "Conflicts in the ICU: perspectives of administrators and clinicians." *Intensive Care Med* 35: 2068-2077. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1639-5>
- Friberg Horgen, Janne. 2015. "New Public management og helseprofesjonenes ansvar." *Matrix* 32 (2). http://matrixtidsskrift.no/wp-content/uploads/2015/10/Matrix_2_2015_J.H.Friberg_NewPublicManagement.pdf.
- Gulbrandsen, Tove. 2015. "Sedasjon." I *Intensivsykepleie*, Gulbrandsen T. og Stubberud D-G.(red.), 203-217. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Gulbrandsen, Tove. 2016. "Livets slutfase." I *Intensivsykepleie*, Gulbrandsen, T. og Stubberud, D-G. (red.), 311-328. Oslo: Cppelen Damm AS.
- Habermas, Jürgen. 1999a. "Det sivile samfunn og rettsstaten." I *Kraften i de bedre argumenter*, 65-78. Oslo: Ad NOTAM Gyldendal.
- Habermas, Jürgen. 1999b. "Handlinger, talehandling, språklig formidlet samhandling og livsverden." I *Kraften i de bedre argumenter*, 137-171. Oslo: Ad NOTAM Gyldendal.
- Helsedirektoratet. 2009. Nasjonal veilder. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. 2013. Nasjonal veileder. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 1999a. *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Oslo.
- Helse- og Omsorgsdepartementet . 1999b. *Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient og bruker rettigheter*. Oslo.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 1999c. *Helsepersonelloven.Lov om helsepersonell m.v.* Oslo.

- Helse- og Omsorgsdepartementet. 2015. *Kvalitet og pasientsikkerhet*, Meld. St. 13 (2016-2017). Oslo
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 2017. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbering i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 2019. *Kvalitet og pasientsikkerhet*, Meld. St. 11 (2020-2021). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2020. *Nasjonal helse- og sykehusplan*, Meld. St. 7 (2020-2023). Oslo.
- Lillemoen, Lillian. 2016. "Etikk i sykepleien." I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*, Inger Margrethe Holter og Ellen Karine Grov (red.), 297-338. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Magelssen, Morten; Reidar Pedersen, Reidun Førde. 2018. "Hvordan arbeider klinisk etikk-komiteene?" *Tidsskriftet. Den Norske legeforening*. 2. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0375>
- Martinsen, Kari. 2020. "Inntrykkets fenomenologi." I *langsomme pulsslag*, Kari Martinsen, 1-18. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, Kari. 2021. "Min rejse med Løgstrup- i filosofi og sykepleje." I *Sykepleiens superhelter*, Pia Dreyer Bente Martinsen og Annelise Norlyk (red.), 31-59. København: Munksgaard.
- NSF. 2011. Yrkesetiske retningslinjer. Norsk Sykepleier Forbund.
- NSFLIS. 2017. Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier.
- Orvik, A. 2015. *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo CAPPELEN DAMM AS.
- Peter, Elizabeth; Joan Liaschenko. 2013. "Moral Distress Reexamined: A Feminist Interpretation of Nurses' Identities, Relationships, and Responsibilities." *Boeethical Inquiry* 10: 337-345. <https://doi.org/https://10.1007/s11673-013-9456-5>
- Pettersen, Tove. 2012. "Conceptions of Care. Altruism, Feminism, and Mature Care." *Hypatia* 27 (2). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01197.x>.
- Piers, RD., Azoulay E., Ricou, B. et al. 2011. "Perceptions pf appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians." *JAMA* 306 (24): 2694-2703. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1888>

Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. 2009. "Developing a team performance framework for the intensive care unit." *Crit Care Med* 37 (5): 1787- 1793.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819f0451>.

Valsø Å, Ambjørnsrud Wik M, Lindahl B. 2013. "Begrensninger av livsforlengende behandling til sederte intensivpasienter på respirator- hva er intensivsykepleierenes rolle?" *Vård i Norden* 33, no. 4 (110): 37-41.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740831303300409>.

WHO. Verdens helseorganisasjon.2012. Patient Safety Research. A guide to developing training programmes.



Høgskolen i Molde

PO.Box 2110

N-6402 Molde

Norway

Tel.: +47 71 21 40 00

post@himolde.no

www.himolde.no