

Sykepleien

ETIKK

Er det etisk akseptabelt å redusere behandlingskvaliteten i krisetider?

I en unntakssituasjon kan det være akseptabelt å redusere behandlingskvaliteten for alle for å kunne hjelpe flere. Men det kan ha alvorlige konsekvenser for den enkelte pasienten.

[Berit Hofset Larsen](#)

Forsker og stipendiat

Senter for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og Kreftklinikken, Oslo universitetssykehus

[Etikk](#)

[Prioritering](#)

[Kvalitet](#)

[Sykehus](#)

[Etikkspalten](#)

Sykepleien 2022;110(89412):e-89412

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.89412](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.89412)

Hovedbudskap

Mangel på smittevernutstyr, intensivplasser og kompetent personell tvang oss til å prioritere i pandemiens første fase. Ressurser ble omdisponert, og noen pasienter ble tause tapere som følge av et dårligere behandlingstilbud. Da enda en ny smittebølge kom på nyåret i 2022, drøftet Klinisk etikkomité (KEK) om det ville være etisk akseptabelt å redusere den generelle behandlingskvaliteten for alle for å kunne hjelpe flere i en unntakssituasjon. KEK konkluderte med at det kunne forsvares, med noen forbehold.

Er det etisk akseptabelt å redusere behandlingskvaliteten for å kunne hjelpe flere? For litt over to år siden trodde jeg ikke at vi noen gang skulle diskutere spørsmålet vi drøftet i Klinisk etikkomité (KEK) i starten av 2022.

I mine 25 år som sykepleier har spørsmålet dreid seg om hvordan vi kan bedre kvaliteten – ikke redusere den. Våren 2020 ble det imidlertid akutt mangel på nødvendig smittevernutstyr, intensivplasser og kompetent personell.

For å kunne håndtere en forventet bølge av alvorlig koronasyke pasienter ble arealer og personell omdisponert. Behandling som ikke hastet, ble utsatt.

«I ettertid vet vi at mange pasienter fikk et dårligere behandlingstilbud.»

I ettertid vet vi at mange pasienter fikk et dårligere behandlingstilbud. Noen betalte en høy pris i form av prognosetap (se faktaboks) og død, andre i form av funksjonstap og økt symptombyrde. Særlig eldre, kronikere og pasienter med psykisk lidelse eller ruslidelse ble tause tapere (1).

FAKTA

Prognosetap

Det skilles mellom absolutt og relativt prognosetap.

Absolutt prognosetap: Hvor mange gode leveår som tapes som følge av for tidlig død og redusert livskvalitet i sykdomsperioden. Absolutt prognosetap vil være det samme som fremtidig helsetap.

Relativt prognosetap: Hvor mange gode leveår som tapes som følge av for tidlig død og redusert livskvalitet i sykdomsperioden, som en andel av det antallet gode leveår som ville gjenstått uten sykdom.

Kilde: [Helse- og omsorgsdepartementet](#)

Hvordan skulle vi håndtere en ny bølge?

På nyåret i 2022 var det forventet en ny bølge med innleggelser av koronasyke pasienter. Sykehusene måtte planlegge for hvordan de skulle kunne håndtere en stor tilstrømming av alvorlig syke pasienter med behov for akutt og nødvendig helsehjelp – forhåpentligvis uten at det gikk ut over behandlingstilbudet til andre pasienter.

Ledelsen på sykehuset der jeg jobber, ba KEK om å drøfte om hvorvidt det ville være etisk akseptabelt å redusere den generelle behandlingskvaliteten for alle, for å kunne hjelpe flere i en unntakssituasjon. Forutsetningen var at man allerede hadde forsøkt andre tiltak som å øke bemanningen og omdisponere ressurser.

«En kvalitetsreduksjon ville først og fremst skje i form av oppgaveglidning.»

Helt konkret så sykehusledelsen for seg at en kvalitetsreduksjon først og fremst ville skje i form av oppgaveglidning. Det innebærer at helsepersonell delegerer oppgaver til andre med lavere kompetanse, for eksempel at en intensivsykepleier delegerer til en sykepleier, som igjen delegerer til en helsefagarbeider.

I mitt arbeid på en kreftavdeling har jeg mange forskjellige oppgaver, blant annet å administrere medisiner og cellegiftkurer, gi intravenøs væskebehandling, hjelpe til med stell,

lindre symptomer, følge opp ernæring, informasjon og støtte til pasienter og pårørende. Jeg har tenkt på hvilke av disse oppgavene jeg kunne ha delegert dersom det ble nødvendig.

Hvem berøres av oppgaveglidning?

Pasientene som mottar helsehjelp, berøres selvsagt av en slik endring. Det at omsorgsoppgaver utføres av noen med mindre kompetanse, kan åpenbart være en ulempe.

Men hvilke pasienter er det vi helsepersonell har ansvaret for? Sykepleie bygger på nærhetsetiske idealer, der omsorgen for den pasienten jeg har foran meg, er helt sentral (2). Men pasienter vi ikke ser, blir også berørt dersom de mister et behandlingstilbud, slik det var i pandemiens første fase.

Sykepleiere og annet helsepersonell kan oppleve å gå på akkord med sine faglige og etiske standarder dersom de må delegere og/eller påta seg nye oppgaver, noe som kan føre til moralsk stress. Helsevesenet og samfunnet har et ansvar for å gi god helsehjelp til alle som trenger det.

Hva skal vi veie opp mot hverandre?

Når vi diskuterer etiske problemstillinger som denne, tar vi ofte utgangspunkt i de fire helseetiske prinsippene: gjøre vel, ikke skade, rettferdighet og respekt for autonomi (3).

Velgjørhetsprinsippet og lovverket pålegger helsepersonell å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. En kvalitetsreduksjon kan åpenbart utfordre dette. Men hva er å gjøre mest mulig vel? Er det å gi best mulig omsorg til den ene, eller er det å gi akseptabel omsorg til flere? Nytteetikken legger vekt på det siste. Et viktig spørsmål blir da hva som er godt nok, og hva som ikke er det, i henhold til faglige og etiske standarder.

Ikke-skade-prinsippet kan også utfordres, da det utvilsomt vil være en viss økt risiko for feil når helsehjelp utføres av personer med mindre kompetanse. Et viktig spørsmål blir hvor grensen går for hvor stor risiko, ulempe og skade vi eventuelt kan akseptere. Men dette prinsippet blir også utfordret ved ikke å tilby helsehjelp til noen som kunne trengt det.

Rettferdighetsprinsippet tilsier at goder og byrder fordeles likt. Optimal behandling til noen og ingen behandling til andre kan være i konflikt med dette prinsippet. Eventuell forskjellsbehandling skal begrunnes. Det taler for en planlagt reduksjon etter noen prinsipper som er like for alle – ikke vilkårlig utvelgelse som følge av et overbelastet system.

«Hvem sin autonomi er det vi har i tankene – den som allerede får helsehjelp, eller den som mister et behandlingstilbud?»

Prioriteringskriteriene vi vanligvis styrer etter, er disse: alvorlighet, nytte og ressursbruk. En slik prioritering bør også gjelde i en pandemi (4). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 6.3 minner oss på dette: «Sykepleieren bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie» (5).

Respekt for autonomi kan utfordres ved at en kvalitetsreduksjon neppe er noe den enkelte pasienten ønsker. Men igjen, hvem sin autonomi er det vi har i tankene – den som allerede får helsehjelp, eller den som mister et behandlingstilbud?

Hva er akseptabelt i en unntakstilstand?

KEK konkluderte med at det i en unntakssituasjon og for en begrenset periode kan være akseptabelt med en generell reduksjon i behandlingskvaliteten for alle for å kunne hjelpe flere, altså en vridning mot nytteetikk. Men KEK mente at man også må vektlegge hvor alvorlige konsekvenser det har for den enkelte, og ikke bare hvilken nytte man får totalt sett.

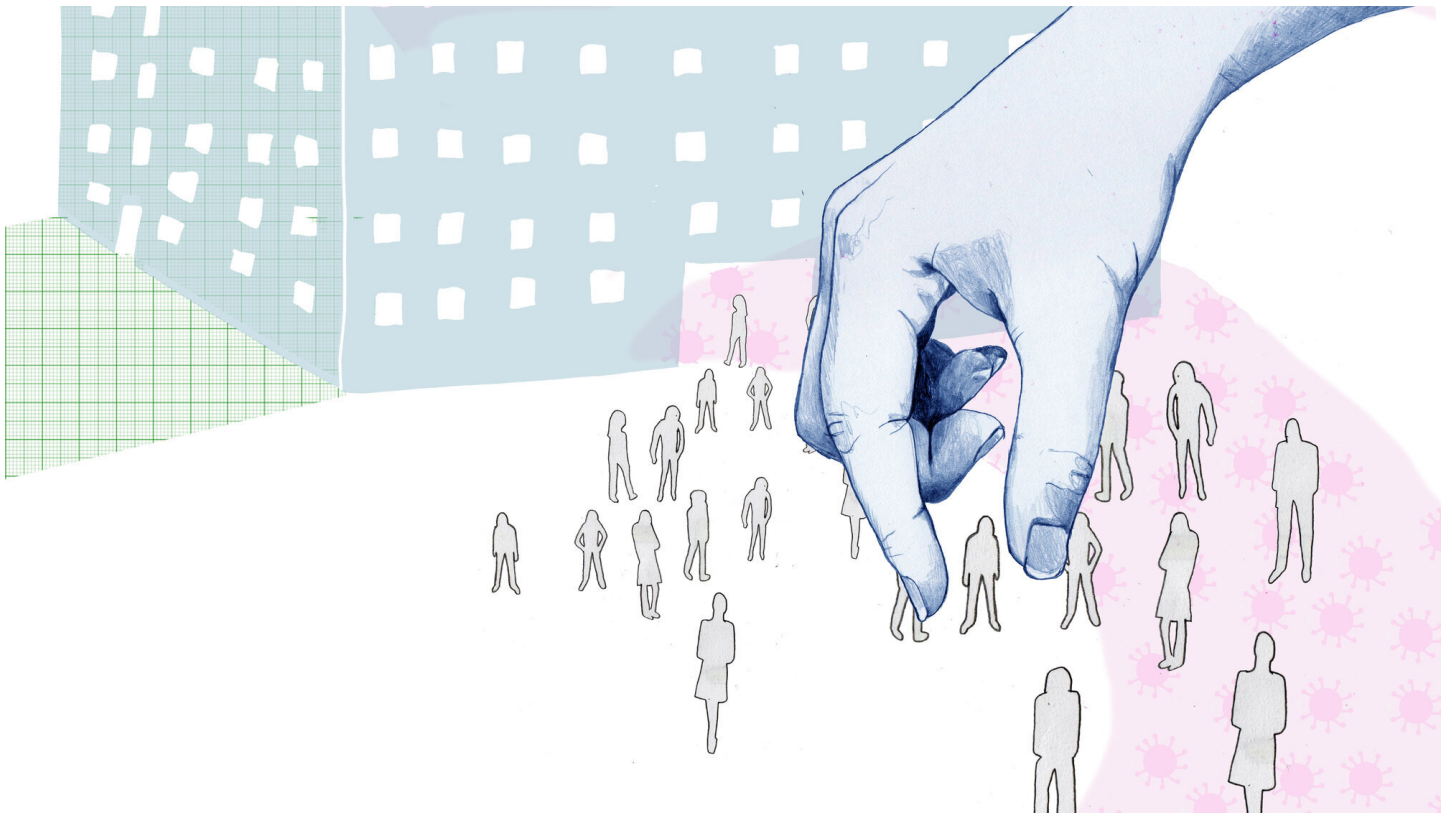
Alvorlighet må heller ikke forstås for snevert. Man bør for eksempel ikke bare vektlegge overlevelse, men også symptombyrde og funksjonstap som følge av utsatt behandling. Det kan også være at enkelte sårbare grupper bør skjermes. Sykepleiere bør være med i denne typen vurderinger fordi vi har viktige perspektiver som kan ha betydning.

KEK påpekte at åpenhet og involvering av helsepersonell vil være essensielt. Det å involvere helsepersonell er viktig fordi fagpersonene selv er de beste til å vurdere hvilke oppgaver som kan delegeres, uten å gå ut over kravene om faglig og etisk forsvarlighet.

Selv ser jeg for meg at jeg fint kunne ha delegert ansvar for mat og stell til min hjelpepleierkollega. Jeg ville fått mindre tid med pasienten og dermed mistet noen muligheter til å fange opp viktig informasjon, men pasienten ville fortsatt fått god og omsorgsfull hjelp. Det å delegere cellegiftkurer til noen som ikke var kvalifisert til det, ville derimot vært betydelig mer problematisk.

Referanser

1. Larsen BH, Magelssen M, Dunlop O, Pedersen R, Førde R. Etiske dilemmaer i sykehusene under covid-19-pandemien. Tidsskr Nor Legeforen. 2020;18. DOI: [10.4045/tidsskr.20.0851](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0851)
2. Nortvedt P. Omtanke: innføring i sykepleieetikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8. utg. New York: Oxford University Press; 2019.
4. Helsedirektoratet. Veileder. Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien. Oslo: Helsedirektoratet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/prioritering-i-helsetjenesten> (nedlastet 31.05.2022).
5. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 02.06.2022).



PRIORITERINGSKRITERIER: Vi styrer vanligvis etter disse: alvorlighet, nytte og ressursbruk. En slik prioritering bør også gjelde i en pandemi. *Illustrasjon: Kathrine Kristiansen*