



Ukultur. Mange steder ignorerer leger samarbeid med andre profesjoner.

Også sykepleiere må høres i etiske vurderinger



Fakta

Per Nortvedt

Professor ved seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Helseministeren satte like før sommeren ned et nytt utvalg som skal se nærmere på hvordan alvorlighetskriteriet skal anvendes i prioriteringer av helse-tjenester. Før dette leverte Norheimutvalget sin innstilling om prioriteringer i helsetjenesten i november 2014.

Norheimutvalget ville erstatte et prinsipp fra Lønningutvalget I og II om prioritering etter tilstandens alvorlighetsgrad med et kriterium om helsetap over et livsløp. Norheimutvalget hadde en faglig tyngde, overveiende med representanter fra medisin, helseøkonomi, juss og etikk. Sykepleiefaget som har en nøkkelrolle i prioriteringer av helsetjenester både på makro- meso- og mikronivå var ikke representert i utvalget. Det var to tidligere sykepleiere i utvalget, blant annet Sonja Sjølie, aktiv politiker, men ingen sykepleiere i aktiv klinisk eller administrativ tjeneste.

INGEN SYKEPLEIERE. Sammensetningen av det nye utvalget som skal se på anvendelse av alvorlighetskriteriet, er helt rensket for sykepleierepresentanter og representanter fra andre helseprofesjoner enn legene. Også denne gangen er det leger og helseøkonomer som er representert. Dette er etter vårt syn uttrykk for en mer eller mindre systematisk usynliggjøring av en viktig faggruppe, den største i helsetjenesten, en faggruppe som arbeider nært med leger i behandlingsapparatet og i omsorgstjenestene på alle nivå.

Vi har etter hvert mye forskningsmessig dokumentasjon på at viktige medisinske og etiske beslutninger av stor betydning for pasient og familie ofte tas av legegruppen alene med liten eller ingen involvering av dem som arbeider kontinuerlig ved pasientens seng: sykepleierne eller helsefagarbeiderne.

Når sykepleierens observasjoner og faglige råd mange ganger ikke tas med i beslutningsgrunnlaget, ikke innhentes eller direkte overhøres, er dette meget alvorlig fra et pasient-sikkerhetsperspektiv, fra et juridisk perspektiv og fra et etisk perspektiv. Det medfører at viktige beslutninger til pasientens beste ikke er basert på relevant og fullstendig informasjon og kunnskap. Det gir frustrasjon og dårlig samarbeidsklima ved og i institusjonene.

I STRID MED HELSEJUSSEN. En praksis og en kultur som ikke involverer berørte og relevante faglige parter i medisinske og helsefaglige beslutninger, er også i strid med helsejussen. I lov om pasient- og brukerrettigheter § 4.6 heter det at beslutninger om inngripende helsehjelp til myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse skal tas av ansvarlig lege, men *i samråd med kvalifisert helsepersonell*.

I helsepersonelloven § 4 slås det fast at all helsehjelp skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Hvordan kan man sikre at helsehjelpen er omsorgsfull hvis man ikke rådfører seg med den faggruppen som er så sentral i omsorgsarbeidet som sykepleierne?

Vi vet selvsagt at man ikke kan og skal generalisere. Likevel har vi belegg for og vi tør si at det mange steder er en ukultur i helsetjenesten, der samarbeid mellom helseprofesjoner ikke alltid er i samsvar med intensjonene i lovverk og i tråd med pasientens beste og relevante etiske prinsipper. Det er ikke til å undervurdere at legeprofesjonen har en viktig oppgave når det gjelder å gå i seg selv og rydde opp i dette. Samtidig ser man beklageligvis at man langt oppe i statsapparatet ikke har skjønnet hvordan helsetjenesten best bør fungere i pasienter og pårørendes interesse.

EN HÅRREISENDE HOLDNING. I et brev sent fra fremtredende representanter for sykehjemsmedisin og etikk til Rådet for legeetikk vedrørende bruk av Liverpool Care Pathway (En tiltaksplan for omsorg for døende og deres pårørende), til sykehjemspasienter med demens, eksemplifiseres denne neglisjeringen av pleiepersonalet, sykepleiere og helsefagarbeidere på en særdeles talende måte. Her står det, sitat: «Den behandlende legen har ansvar for etiske avgjørelser og Advance care planning (Samtaler mellom pasient, ev. pårørende og helsepersonell om framtidige beslutninger om helsehjelp). Pleiepersonalet kan ta opp forberedende samtaler etter gitt opplæring, men de er ikke autorisert til å ta etiske avgjørelser».

Hvis dette er uttrykk for hva brevskriverne virkelig mener, så er det hårreisende. Legen har ansvaret for medisinske beslutninger, men han eller hun har ingen spesiell autorisasjon eller



Fakta

Lillian Lillemoen

Forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo og medlem av Rådet for sykepleieetikk

kompetanse til å ta etiske avgjørelser som ikke annet helsepersonell kan ta. Alt helsepersonell kan og skal ta etiske avgjørelser, selvsagt, og i samarbeid med annet helsepersonell, familie og pasient, der dette er relevant.

Faglige og etiske avgjørelser bør fortrinnsvis være basert på gjensidighet, der alle parter blir hørt og er deltakere i en inkluderende og åpen beslutningsprosess. Det er ikke tilhørighet til

«Det er ikke tilhørighet til profesjon som skal resultere i at en vinner fram i en slik prosess, men gode etiske argumenter.»

profesjon som skal resultere i at en vinner fram i en slik prosess, men gode etiske argumenter. Gode etiske argumenter kan like gjerne komme fra pasienten, den pårørende, fra helsefagarbeideren, sykepleieren som fra legen.

Når man hevder at pleiepersonalet ikke er autorisert til å ta etiske avgjørelser er dette etter vårt syn igjen et uttrykk for en samhandlings- og beslutningskultur som verken er faglig eller etisk og juridisk forsvarlig. Vi snakker snarere om en ukultur. Herved er ballen kastet. ●



Sykepleien.no

Hva mener du?

Si din mening om aktuelle saker på sykepleien.no



Illustrasjon: Kathrine Kristiansen