

Etikk i legevaktarbeid

Et studiehefte
fra Nasjonalt kompetansesenter
for legevaktmedisin

Rapport
nr. 6-2010



uni helse

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Forord

Det har vore sterkt auka fokus på etiske problemstillingar innan akuttmedisin og legevakt dei siste åra. Styresmaktene ved Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Helsetilsynet, og eigarane av helsetenesta gjennom kommunar og helseføretak, har innom kvar sine ansvarsområde arbeid for auka etisk bevisstgjerung og betre etisk kvalitet i tenesteytinga. Det er såleis ikkje unaturleg at også Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin søker å bidra innan sitt ansvarsområde, dei kommunale legevakttenestene.

Prosjektet «Etikk i legevaktarbeid» er utført på oppdrag frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, og hovudmålet har vore å utvikle undervisningsmaterieil i etikk for alle grupper legevakt-personell. Ansvarlege for prosjektet har vore lege og professor i medisinsk etikk Ole Frithjof Norheim og filosof og forskar Kristine Bærøe, begge med doktorgradar med relevans for medisinsk etikk. Dette heftet er eitt av fleire resultat frå prosjektet, men er det produktet som vi håpar får størst praktisk nytte og utbreiing blant legevaktpersonellet. I tillegg håpar vi at heftet kan bli brukt av andre grupper i den akuttmedisinske kjeda, som tilsette ved AMK og i ambulansetenesta. Dessutan trur vi at det kan vere av nytte i undervisning og som kurslitteratur i mange samanhengar.

I studieheftet finn du både ei praktisk og ei teoretisk tilnærming til etikk i legevaktarbeidet. Gjennom ei samling pasienthistorier og kasuistikkar frå legevakt blir lesaren invitert til diskusjon og refleksjon over etiske sider ved dei omtalte situasjonane. Ved å lese den teoretiske delen er det meininga at ein skal kunne ha eit grunnlag for oppøving av etisk bevisstgjerung i praksis, på eit breiare grunnlag, og utover dei situasjonane som kasuistikkane representerer. Etisk kompetanse er noko vi utviklar kontinuerleg over tid og med erfaring. Slik vert vi flinkare både til å identifisere og å handtere nye situasjonar med etiske problemstillingar.

Vi ønskjer lukke til med lesinga og bruken av heftet!

Steinar Hunskaar

Steinar Hunskaar

forskingssleiar, professor

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Tittel	Etikk i legevaktarbeid. Et studiehefte fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, Bergen
Ansvarlig	Steinar Hunskaar
Forfattere	Kristine Bærøe, forsker, Etikprogrammet, Universitetet i Oslo, og Ole Frithjof Norheim, professor i medisinsk etikk, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen
ISBN	978-82-92970-33-1 (pdf)
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 6-2010
Tilgjengelighet	Pdf og trykt. Heftet kan fåes gratis ved henvendelse til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.
Prosjekttittel	Etikk i legevaktarbeid
Antall sider	44
Publiseringsmåned	September 2010
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Bærøe K, Norheim OF. Etikk i legevaktarbeid. Et studiehefte fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Rapport nr. 6-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, 2010
Grafiskproduksjon:	Bodoni AS

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/ Uni helse og knyttet faglig til Seksjon for allmenmedisin, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjons-beredskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Nettadresse www.legevaktmedisin.no
Epost legevaktmedisin@uni.no
Telefon +47 55586500
Telefaks +47 55586130
Besøksadresse Kalvarveien 31, Paviljongen
Postadresse Kalvarveien 31
Postnummer 5018
Poststed Bergen

Innhold

Forord	2
Bruk av studieheftet	4
DEL 1: Om etikk	7
Hva er etikk?	8
Hvorfor fokusere på etikk i arbeidslivet?	8
Fra privatlivets erfaringer til arbeidslivets utfordringer	8
Manglende symmetri i pasientrelasjonen	9
Kunnskapsmessig tilpassing	9
Etikk styrker kvaliteten!	10
Etisk kompetanse i legevakt tjenesten	10
Etikk – et lederansvar	10
Kasuistikker kan hjelpe deg et stykke på veg!	11
DEL 2: Ti kasuistikker med tema fra legevaktarbeid	13
DEL 3: Ethiske spenninger i legevaktarbeid og annet klinisk arbeid	25
Helsehjelp og skjønn	26
Ethiske spenninger ved klinisk helsehjelp	30
Ethiske spenninger på legevakt: Helsearbeiderens og ledelsens ansvar	36
Videre arbeid:	
Den etiske kompetansen må utvikles kontinuerlig	39
Les mer! Litteraturforslag	41
Om forfatterne	43
Takk til Nklm	43

Bruk av studieheftet

Heftet er utarbeidet for å kunne brukes av alle som arbeider i eller på annen måte er tilknyttet legevaktjenesten. Studieheftet skal kunne fungere på en variert og fleksibel måte, tilpasset ulik tidsbruk og ulike formål og rammer. Innholdsmessig er det bygd opp med en innledning om hva etikk er, hvorfor vi bør fokusere på etikk i helsetjenesten generelt og legevaktjenesten spesielt, og hva vi legger i begrepet etiske kompetanse.

Vi presenterer så en samling med ti kasuistikker med utgangspunkt i hendelser hentet fra legevaktsarbeid. Til kasuistikkene er det laget spørsmål som kan brukes som utgangspunkt for diskusjon og refleksjon over de etiske problemstillingene som kasuistikkene representerer. Etter kasuistikkdelen følger en utdypende tekst der forutsetninger for klinisk etikk blir omtalt mer inngående. Der diskuterer vi også etiske forhold som er typisk for klinisk arbeid.

I den siste delen prøver vi å gi en sammenhengende analyse av de generelle forholdene som utløser og former etiske problemstillinger i kliniske situasjoner. På den måten prøver vi også å kaste lys over strukturer og vilkår som bør medføre at helsearbeideren utløser en «etisk respons» når han eller hun utfører helsefaglig arbeid. Selv om heftet inneholder en del teoretisk stoff som vi håper vil vekke interesse og være til nytte i arbeidet, må vi understreke at det viktigste formålet med heftet er å få i gang

diskusjoner over etiske sider ved legevaktsarbeidet. Dersom diskusjon rundt de praksisrelaterte kasuistikkene kan tjene en slik funksjon, er formålet vårt langt på vei oppnådd.

Gruppearbeid anbefales!

Heftet kan godt brukes til individuelt studium, men vi vil likevel anbefale at dere jobber med kasuistikkene i grupper. Grunnen til dette er først og fremst at når man er flere gir det mer læring å få belyst ulike oppfatninger og fortolkninger av situasjonen som beskrives. Å måtte argumentere for standpunktene sine og bryne egne tanker mot andres perspektiv, gir større innsikt og mer å tenke på, enn å sitte alene med oppgavene. Samtidig vil det å diskutere kasuistikkene i fellesskap med andre på legevakten kunne bidra til felles standpunkter og forbedring av eksisterende forhold ved legevakten.

Størrelsene på gruppene må tilpasses den enkelte legevakt, men generelt gjelder det at slike grupper ikke bør bli for store. Vi synes 5-8 personer kan være passelig. Ved legevakter med mange ansatte kan da det være en fordel å dele deltakerne inn i flere grupper. Denne gruppestørrelsen betyr at alle deltakerne får komme til orde i løpet av tiden dere har til rådighet. Det er ikke nødvendig at gruppene har en leder, men ofte er det praktisk å velge en til å være ordstyrer.

STUDIEHEFTETS OPPBYGNING

Del I: Om etikk

Del II: Ti kasuistikker med tema fra legevaktarbeid

Del III: Etiske spenninger i legevaktarbeid og annen klinisk virksomhet

Tidsbruk: Ulike opplegg for ulike tidstrammer

Tidsbruken som kan settes av til å arbeide med etikk på arbeidsplassen, vil variere. Dette bør få betydning for hvilke deler av heftet man bør legge vekt på. Vi har derfor noen konkrete forslag til ulike måter å organisere bruken av studieheftet på.

Ettermiddagsmøter

Ved kortere ettermiddagsmøter på inntil et par timer, vil det være naturlig å ta for seg 1–2 kasuistikker hver gang. På det første møtet kan man for eksempel lese innledningen i fellesskap, og så snakke litt om hva etikk egentlig er, og om det du har lest stemmer med dine oppfatninger på forhånd. I hvilken grad opplever dere etikk som en viktig og utfordrende del av arbeidet dere gjør? Den mer utdypende Del III kan være aktuelt å lese for de spesielt interesserte, eventuelt kan man avtale å lese den på forhånd. En annen modell er å dele opp teksten og la deltakerne lese hver sin del og så legge frem hvert sitt avsnitt på neste møte.

Halvdagsmøte

Ved litt lengre møtesammenkomster på 3–4 timer kan det være lurt å bruke litt tid på å sette seg inn i Del III. Dette kan skje ved at deltakerne leser på forhånd, eller ved at en eller flere tar ansvar for å presentere de ulike etiske problemstillingene ved klinisk arbeid som blir diskutert. En slik gjennomgang er et

fint utgangspunkt for gode og nyttige diskusjoner om de etiske spenningene som presenteres i kasuistikkene. Ved litt lengre møter kan det også bli tid til mer generelle diskusjoner om utfordringer av etisk karakter den enkelte legevakt står overfor.

Fagdag

Det kan være aktuelt å arrangere en fagdag over 5–8 timer med etikk som tema. Ved et slikt arrangement bør man vurdere å invitere en foredragsholder til å innlede om etikk i generell forstand eller knyttet til spesifikke problemområder. Dere kan også vurdere å vise video fra legeföreningens nettkurs om medisinsk etikk som en del av programmet (omtalt bakerst i heftet).

For å øke læringsutbyttet anbefaler vi sterkt å engasjere deltakerne gjennom praktisk orientert gruppearbeid. Kasuistikkene vil være fine å bruke i så måte. Men også mer generelle diskusjoner om de etiske utfordringene ved klinisk arbeid som beskrives i Del III vil kunne være nyttig. Vi vil da oppfordre dere til å legge vekt på å analysere og reflektere over forholdene ved egen legevakt i tilknytning til de ulike temaene som teksten omtaler.

Ved et slikt større arrangement vil det også være en fordel om deltakerne kan forberede seg noe ved å lese gjennom heftet på forhånd.

DEL 1:

Om etikk

Om etikk

Hva er etikk?

Når vi snakker om «etikk» og «moral» i hverdagslivet, bruker vi ofte disse begrepene om hverandre. I mer faglige sammenhenger bør man skille begrepene fra hverandre. Det er vanlig å beskrive «moral» som oppfatningene vi har om hva som er rett og galt. Med «etikk» menes en mer systematisk refleksjon, diskusjon og framstilling knyttet til våre moralske oppfatninger og de moralske problemstillingene vi står overfor. «Moralfilosofi» er et fagområde med systematisk utarbeidede teorier som kan forklare og begrunne hvorfor vi anser noe som riktig og noe annet som galt.

Når for eksempel noen fra en yrkesgruppe eller en organisasjon handler på et vis som for andre fremstår som uakseptabelt, blir det ofte etterlyst mer etikk i utdanningen eller i organisasjonsstrukturen. Dette har for eksempel skjedd både i legevakt-tjenesten og ambulansetjenesten de siste årene. Men det er ikke sikkert at det mest nyttige da er forelesninger om tunge teorier i moralfilosofi. Vel så viktig er det å benytte pedagogiske grep som kan sette søkelys på etiske problemstillinger i praksis, og dermed bidra til refleksjon og individuell etisk kompetansebygging i direkte tilknytning til en konkret problemstilling eller til arbeidsområdet generelt.

Hvorfor fokusere på etikk i arbeidslivet?

I næringslivet og i mange organisasjoner blir etikk gjerne sagt å være et viktig satsingsområde fordi bedriften eller organisasjonen faktisk «tjener» på å ha et godt arbeidsmiljø og på å opparbeide seg et godt omdømme. Slike framstillinger, der etikk inngår som en ekstra komponent for å styrke virksomhetens overordnede målsetninger og regnskap, gir en litt fordreiet beskrivelse av hva etikk i bunn og grunn dreier seg om.

Helt generelt kan vi si at etikk først og fremst handler om å oppføre seg skikkelig mot hverandre. Vi anerkjenner andre som likeverdige med oss selv, når vi viser hverandre respekt, ved å være oppmerksomme på hverandres tilstedeværelse og behov, ved å bry oss om og søke å ivareta andres ve og vel. Likeledes uttrykkes anerkjennelse ved å unngå å presse oss på når andre uttrykker motvilje mot å bli trådd for nære. Og motsatt, vi forholder oss ikke til andre mennesker som likeverdige hvis vi bevisst eller ubevisst utnytter, misbruker, ignorerer, diskriminerer eller undertrykker dem. Slik er det i privatlivet, og slik må det være på jobben.

Ved å opptre etisk, forstått i denne brede forstand, beskytter vi andres integritet. Samtidig ivaretar vi vår egen integritet, ved at vi bidrar til å realisere andre menneskers moralske likeverd. Dette kan høres tilforlatelig enkelt og lett håndterbart ut. Men selv i hverdagslivets mindre dramatiske situasjoner, kan dette grunnleggende kravet om å ivareta andres og eget moralske likeverd, komme i klemme når andre verdier står på spill. I tillegg skal man være flink til å analysere ulike situasjoner for å kunne se *når* noe står på spill, *hva* som står på spill, og *for hvem*. Det er ikke alltid lett å forstå hva som skal til for å unngå at noen sitter igjen med en opplevelse av å være mindre «verdige» enn andre. Dette gjelder selvsagt både privat og for eksempel på jobb som helsearbeider.

Fra privatlivets erfaringer til arbeidslivets utfordringer

I privatlivets samhandling mellom mennesker oppfører vi oss i stor grad ved hjelp av våre intuisjoner og «ryggmargsreflekser» om hva som er rett og galt. Dette innebygde kompasset er utviklet ved hjelp av oppdragelsen vår, i en viss grad av vanlig kjente etikette- og høflighetsregler, samt ved refleksjon over

erfaringer vi har gjort oss etter konkrete opplevelser. Vi kan altså både lære og bli opplært. Først når disse intuisjonene gnisser an mot andre intuisjoner, blir vi kanskje oppmerksomme på at den situasjonen vi befinner oss i, kan ha en etisk dimensjon.

Når vi så beveger oss over til arbeidslivet, gjelder naturligvis privatlivets intuisjoner for mellommenneskelig kontakt fremdeles. Men nå vil denne kontakten i tillegg kunne være påvirket eller strukturert av bestemte forhold knyttet til det arbeidet vi skal utføre. Hvis arbeidet medfører samhandling med andre mennesker på nye premisser, kan man for eksempel som helsearbeider oppleve etiske utfordringer som våre etablerte moralske intuisjoner ikke er «trent» i å håndtere. Da er det naturligvis en fare for at man ubevisst kan overse etiske dimensjoner ved arbeidet. Denne erkjennelsesmessige utfordringen er i seg selv en viktig grunn til å fokusere på etikk i arbeidslivet generelt, og i vår legevaktsammenheng spesielt.

Manglende symmetri i pasientrelasjonen

Når det gjelder etikk knyttet til klinisk helsehjelp, er det vanlig å hevde at klinisk etikk handler om å ivareta både pasientens og helsepersonellens integritet i det mellommenneskelige samspillet som foregår gjennom samtalen (kommunikasjonen) og handlinger (for eksempel prosedyrer). Dette gjelder gjennom hele helsehjelpsforløpet, fra første henvendelse til oppfølging, henvisning eller overlating til andre, og til avsluttet sykdomsepisode. En klinisk helsehjelpsituasjon er særegen i den forstand at den ene parten (pasienten) er avhengig av den andre parten (helsepersonellet) sin kompetanse og velvilje. Vi kaller dette for en *asymmetrisk relasjon*.

For helsepersonell innebærer denne asymmetriske relasjonen noen særskilte utfordringer i forhold til det å fortolke og etterleve det etiske kravet om å behandle pasienten som moralsk likeverdig. I tillegg vil man også kunne oppleve at dette grunnleggende etiske kravet av og til kommer i konflikt med helsetjenestens styringsverdier, inkludert lover og regler som regulerer for eksempel legevaktarbeidet. I tillegg kan slike konflikter oppstå på grunn av hindringer av mer praktisk eller lokal art, slik som dårlig organisering, ressursmangel eller mangelfull utbygging av legevakten eller andre helsetjenestetilbud.

Kunnskapsmessig tilpassing

Klinisk helsehjelp i legevaktstjenesten skjer i nærmest uendelig mange ulike og mer eller mindre komplekse sammenhenger. Det finnes derfor ikke noe trylleformular eller enkle tommelfingerregler for hvordan man konkret skal håndtere etisk spenningsfylte situasjoner på en akseptabel måte. Løsninger må finnes der og da, og med utgangspunkt i den konkrete situasjonen. Men for at dette skal fungere godt, må helsearbeideren ha utviklet en evne til å analysere og reflektere over situasjonen man står i.

Riktignok finnes det noen generelle regler og retningslinjer som kan gi oss støtte for de verdier som skal hjelpe oss å oppfylle det grunnleggende etiske kravet om å behandle andre som moralsk likeverdige. Slike verdier framstilles og beskyttes blant annet gjennom lovreguleringer og forskrifter innenfor det lovområdet vi kaller pasientrettigheter. Her finnes regler og formuleringer for de prinsippene vi skal legge til grunn i konkrete, kliniske sammenhenger. Derfor er det viktig at alt helsepersonell har oppdatert kunnskap om slike helseeretsregler.

Et eksempel på en slik verdi er *pasientautonomi*. Prinsippet om pasientautonomi, det vil si pasienters rett til selvbestemmelse, søkes ivaretatt i Lov om pasientrettigheter. Der finnes kravet om at pasienter skal samtykke til all helsehjelp. Allikevel kan det oppstå situasjoner der det ikke er opplagt at det å overlate beslutninger om behandling til pasienten selv, er til vedkommendes beste. Både innenfor akuttmedisin og legevaktarbeid opplever man slike situasjoner relativt ofte. Men samtidig kan man oftest heller ikke med rette erklære pasienten for inkompetent til å gi samtykke, og dermed overdra ansvaret for avgjørelsen til andre.

Det kan tenkes situasjoner der pasienten påføres en skade hvis loven følges og pasienten selv har fått bestemme eller avslå et tiltak. Hvis denne skaden er vesentlig større enn det den ville ha vært hvis vi hadde startet tiltaket uten å innhente et samtykke, kan det være god grunn til å spørre om loven faktisk tjener den overordnede hensikten med å støtte opp under individers moralske likeverd i den aktuelle situasjonen.

Med andre ord: Å følge regler befri oss ikke fra etikken. Den etiske dimensjonen kan foreligge uavhengig av lovverket, og utfordringen ligger i å håndtere spenningen slik den foreligger. Men når vi

fokuserer på etikk i arbeidslivet, må vi hele tiden ha med oss kunnskapen om lovreguleringer og andre regler som er gjort for å beskytte grunnleggende verdier i pasientbehandlingen. I tillegg må vi også erkjenne og akseptere at den enkelte helsearbeideren har en begrenset myndighet til å finne egne, vilkårlige løsninger på slike etiske konflikter. Forutsigbarhet fra tilfelle til tilfelle er også en viktig verdi å beskytte når vi skal ivareta sårbare pasienters moralske likeverd.

Etikk styrker kvaliteten!

Å fremme moralsk likeverd gjennom all samhandling er et grunnleggende etisk krav i arbeidet vårt som helsearbeidere. Om vi klarer å oppfylle dette eller ikke, utgjør en avgjørende forskjell på kvaliteten på helsetjenestene. Helsepersonell må derfor være tilstrekkelig oppmerksom på alle slags forhold som kan true behandlingen av pasienter og pårørende som moralsk likeverdige personer. Videre må helsepersonell kunne finne akseptable måter å håndtere situasjoner på, dersom ulike hensyn kommer i konflikt med hverandre. Vi kan derfor slå fast at et overordnet formål med å fokusere på etikk i legevaktarbeid, er at det styrker kvaliteten på de tjenestene vi tilbyr.

Etisk kompetanse i legevaktjenesten

Hvordan kan så helsepersonell utvikle etisk kompetanse slik at vi klarer å etterleve det grunnleggende etiske kravet om å behandle andre som moralsk likeverdige? Og hvordan skal vi klare det gjennom en hektisk arbeidsdag på legevakten, med mange møter med pasienter og pårørende? Vi kan si om fenomenet etisk kompetanse at det dreier seg om en evne til å identifisere og håndtere mellommenneskelige situasjoner på en måte som ivaretar det moralske likeverdet eller integriteten til de involverte. Nøyaktig hva dette innebærer vil måtte spesifiseres i hvert enkelt tilfelle og den konkrete situasjonen man står i. Vi foreslår følgende generelle definisjon på etisk kompetanse:

En helsearbeider har etisk kompetanse når han eller hun

- har en særskilt oppmerksomhet rettet mot etiske forhold knyttet til arbeidet
- har en evne til å analysere, reflektere og komme fram til forslag til gode løsninger på etisk spesielt tilspissede situasjoner
- klarer å handle i tråd med løsningen, og dermed ivareta det moralske likeverdet og integriteten til de involverte

Et neste spørsmål blir om det er mulig å beskrive på en generell måte visse grunnleggende forhold ved legevaktarbeid og annet klinisk arbeid med betydning for de kliniske valgene vi gjør og dermed den kliniske etikken? I siste delen av heftet bruker vi en teoretisk tilnærming til dette spørsmålet og prøver der å analysere slike generelle forhold og strukturer. Der skriver vi mer om at mye klinisk arbeid er basert på skjønn, og hvordan dette påvirker klinisk arbeid. Vi diskuterer vilkårene for skjønnbasert helsehjelp og hvordan disse vilkårene bidrar til typiske, etiske spenninger i arbeidet. Ved å bli oppmerksom på slike vilkår, kan man utvikle en etisk årvåkenhet for situasjoner som påkaller etisk refleksjon og handling. Dermed kan den enkelte styrke sin ferdighet til å erkjenne at noe står på spill i etisk forstand, noe som er helt avgjørende for å kunne utføre etisk kompetente handlinger.

Etikk – et lederansvar

Legevaktarbeid og all annen helsehjelp er et etisk forpliktende arbeid som foregår i en profesjonell sammenheng. I et felt med så omfattende reguleringer og så stor faglig bredde som legevakt, vil alt deltakende helsepersonell ofte, og i stadig nye sammenhenger, stå overfor utfordringen om å etterleve det etiske kravet om å behandle andre som moralsk likeverdige. Å tilrettelegge for at dette gjøres på en best mulig måte, er et klart ansvar for ledelsen av virksomheten.

Lederne har ansvar for å utvikle kompetansen til medarbeiderne, og dermed også for å tilrettelegge for en kontinuerlig utvikling av medarbeiderne sin etiske kompetanse. Etisk kompetanse skapes gjennom kunnskap og erfaring, og videreutvikles gjennom alle de erfaringer man får ved stadig å måtte identifisere og håndtere nye situasjoner. Ledere kan

påvirke denne individuelle utviklingsprosessen ved å ta opp temaet på møter, ved å tilrettelegge for felles refleksjon når man har hatt hendelser av «etisk» art, samt ved å stimulere til et godt diskusjonsklima på arbeidsplassen. Til sammen skal dette føre til at det blir tid og rom til å ta opp slike problemstillinger. Målet er at den enkelte får mulighet for kritisk selvrefleksjon og til å utvikle seg i samspill med arbeidsoppgavene og kollegaene på arbeidsplassen.

Kasuistikker kan hjelpe oss et stykke på vei!

I siste delen av heftet skal vi altså komme tilbake til mer teoretisk stoff om ulike kategorier av etiske problemstillinger legevaktarbeid kan bestå av. Men nå skal vi i først nærme oss de etiske problemene

i legevaktarbeidet på en mer praktisk måte. Den neste delen av heftet inneholder derfor en samling beskrivelser av ganske vanlige og sannsynlige hendelser på legevakt, i form av 10 kasuistikker. Kasuistikkene er valgt ut fra et ønske om at de til sammen skal omfatte de fleste kategoriene av etisk spenning og vilkår som er karakteristisk for klinisk legevaktsarbeid. Kasuistikkene representerer mulige måter disse spenningene kan komme til syne i det daglige arbeidet i legevakttjenesten. I det virkelige livet vil slike spenninger kunne arte seg på utallige vis, avhengig av omstendighetene rundt det enkelte tilfellet, og det vil være umulig å beskrive alle muligheter gjennom noen få kasuistikker. Men kasuistikkene kan fungere som et utgangspunkt for å trene opp ferdigheter i å gjenkjenne liknende situasjoner når man står midt opp i dem.

DEL 2:

Ti kasuistikker
med tema fra
legevaktarbeid

Bare et fall i trappen?

En kvinne på 36 år kommer til legevakten på kveldstid sammen med ektemannen og to barn i barnehagealder. Hun forteller at hun har falt ned en trapp, og hun har mistanke om flere ribbensbrudd. Hun har også smerter i et håndledd og hun har tydelige blåmerker i ansiktet. Av journalen framgår det at hun oppsøkte legevakten etter et fall i hjemmet også for om lag tre måneder siden. Når kvinnen blir hentet inn til undersøkelse hos vaktlegen, insisterer mannen på å følge med, mens barna sitter igjen i lekekroken.

TIL DISKUSJON

Hvilke hensyn og verdier kan stå på spill for de involverte i en slik situasjon?

Hvor langt skal man gå for å avdekke andre forhold enn det symptomet eller tilstanden pasienten har oppsøkt legevakten for?

Hvordan vil du håndtere en slik situasjon, gitt din rolle ved legevakten?

Kasteball i systemet

En kvinne på 86 år opplever at pusten er blitt tyngre i løpet av noen dager. Hun ringer fastlegen sin en ettermiddag i totiden, men kommer ikke gjennom på telefonen. Hun ringer legevaktsentralen, som ber henne prøve igjen på fastlegekontoret. Etter lang ventetid og flere forsøk får hun svar, men helsesekretæren forteller at legen ikke har anledning til å se på henne denne dagen, så hun blir bedt om å ta kontakt med legevakten igjen. Ved ny henvendelse der, sier sykepleieren at det er best om hun blir undersøkt i legevaktlokalet, og hun blir bedt om å ta en drosje. Alternativt kan legevakten rekvirere en ambulanse for å hente henne, men da må hun regne en del ventetid. Pasienten kommer senere i følge med en nabo, som har kjørt henne. Etter undersøkelse mener legevaktlegen at pasienten trenger nærmere utredning, men at dette kunne skje hos fastlegen neste dag dersom hun kunne fått tilsyn om natten og time tidlig neste dag. Pasienten sier at det alltid er vanskelig å få time på dagen hos fastlegen, og det lykkes heller ikke å ordne et opplegg med tilsyn fra hjemmetjenesten om natten. Pasienten legges derfor inn i sykehus for observasjon. Hun får ambulansetransport.

TIL DISKUSJON

Hvordan kan ulike etiske spenninger i denne situasjonen beskrives?

Kunne dette ha skjedd ved din arbeidsplass?

Kan situasjoner som dette unngås? Hvilke alternative løsninger ser du?

Hvem har ansvaret (generelt og denne dagen spesielt) for at situasjonen har blitt som den har blitt?

Forkommen og hjelpetrengende. Causa sociale?

En kvinne på 35 år er funnet svært forkommen ved havnen, i et område som er kjent for sitt innslag av rusavhengige og hjemløse. Politiet har rekvirert ambulanse og bedt om transport til legevakten, da hun i liten grad var stand til å redegjøre for situasjonen hun var i. Ambulansearbeiderne triller henne inn på venterommet i en bårestol og henvender seg i luken. Her blir det redegjort for personalia, samt mistanke om rusavhengighet og fysisk mishandling. Ventende pasienter og pårørende i nærheten av luken kan ikke unngå å få med seg detaljer i kvinnens historie.

TIL DISKUSJON

Hvordan kan etiske spenninger i denne situasjonen beskrives?

Hvordan kan de etiske spenningene i denne situasjonen beskrives i forhold til gjennomføring av regelverket om taushetsplikt?

Er det tilsvarende bygningsmessige problematiske forhold ved den legevakten du jobber, og kunne dette ha skjedd også der?

Ulik praksis og terskler for legekonsultasjon

Sykepleieren som kommer på ettermiddagsvakt ved legevaktsentralen, har gledet seg til å arbeide sammen med dr. Anne Andersen denne kvelden, en av kommunens mest erfarne fastleger. Dr. Andersen har god kjennskap til legevaktens rutiner, og sykepleieren har alltid samarbeidet godt med henne. Sykepleieren oppdager imidlertid straks at vaktlisten er endret siden i går, og at vekten er overtatt av dr. Thomas Thiesen, en ung lege som etter å ha vært turnuslege i kommunen for et par år siden, har fortsatt å ta vakter etter at han begynte på sykehuset. Sykepleieren hadde forventet en relativt rolig kveld fordi dr. Andersen vanligvis er ganske streng på hvem som skal tilbys time på kveldstid. Mange som ringer og ber om vurdering, blir i stedet bedt om å ta kontakt med fastlegen sin dagen etter. Legen løser også mange problemstillinger over telefonen. Dr. Thiesen liker derimot å ha fulle timelister, og ber vanligvis sykepleieren å sette opp fire pasienter i timen, så sant det er henvendelser nok for dette. Når han vanligvis i tillegg ber sykepleieren om å ta mange laboratorieprøver, vet sykepleieren at det kan bli en travel vakt.

TIL DISKUSJON

Hvilke etiske spenninger kan du finne i denne situasjonsbeskrivelsen?

Hvilke konsekvenser har det for pasientene at tilgangen styres av individuelle motiver og holdninger?

Hvilke motiver kan ligge til grunn for store variasjoner mellom legevaktlegers praksis? Kan noen motiver være mer akseptable enn andre?

Bør man tilstrebe en likere praksis? Hvordan kan det eventuelt gjøres?

Har den enkelte sykepleieren på vakt et ansvar her?

Feber hos pasient på sykehjemmet

Legevakten får en tidlig kveld telefon fra sykehjemmet 15 km unna om en mann på 92 år som har fått feber på 39,4 grader, hoste og litt surklete respirasjon. Sykepleieren på vakt antar at det kan dreie seg om lungebetennelse. Hun opplyser at pasienten hadde hjerneslag for to måneder siden, og har vært pleiepasient siden da. Han har lammelser på høyre side, ingen tale, men intakt svelgfunksjon. Legevaktlegen har ikke så mange pasienter som venter denne kvelden, og bestemmer seg for å reise i sykebesøk for å vurdere pasienten, selv om slike henvendelser ofte må ordnes på telefonen. Etter en rask vurdering av pasienten, ordinerer vaktlegen penicillinkur i form av tablett i 10 dager. Vel tilbake i legevaktlokalet får legen telefon fra pasientens datter, som nå er blitt informert om situasjonen. Hun sier at hun er skuffet over at legen eller sykepleieren på vakt ikke kontaktet henne før behandlingen ble satt i gang, da det er gjort klar avtale med avdelingen om å være tilbakeholden med mer aktiv behandling av pasienten. Datteren ber legen omgjøre beslutningen om å starte antibiotikabehandling.

TIL DISKUSJON

Hvilke etiske spenninger kan du finne i denne situasjonsbeskrivelsen?

Hvordan bør legen gripe an situasjonen?

Hva skal legen svare datteren, og hvordan skal legen begrunne sitt standpunkt?

Rus og legevakt

En mann på 48 år henvender seg i luken på legevakten og angir kraftige smerter i ankelen etter et fall på holka. Mannen, som er en velkjent gjenganger fra det hardt belastede rusmiljøet i byen, blir bedt bli om å sette seg og vente til legen har anledning til å se på han noe senere. Han gir på venterommet høyløst uttrykk for at han har vondt, og etter en stund henvender han seg på nytt i luken. Nok en gang får han en bestemt beskjed om å vente til det blir hans tur. Ved tredje henvendelse i luken kommer det til krangling og munnhuggeri, og mannen forlater legevakten i sinne. De ansatte på vakt bemerker at det er ubehaglig med slike situasjoner, men at det var like greit at han gikk sin vei, når det åpenbart ikke sto verre til. I en pause senere på kvelden diskuteres ulike sider ved at rusmiljøet er lokalisert i ett av byens fineste parkområder. Alle er enige om at noe bør gjøres for å flytte samlingsstedet til de narkomane.

TIL DISKUSJON

Hvordan kan etiske spenninger i denne situasjonen beskrives, både i forhold til enkeltindivider og på gruppenivå?

Hvordan kan man tenke seg at felles holdninger overfor visse pasientgrupper kan oppstå i et arbeidsmiljø?

Har du eksempel på at det kan eksistere lignende holdningsfelleskap ved din legevakt?

Hvordan kan man som enkeltperson bidra til å unngå at det etableres uønskede kulturer ved en arbeidsplass?

Hva bør ledelsens ansvar være, og hva slags konkrete tiltak kan være aktuelle?

Rettigheter, plikter og kulturelle verdier

Et pakistansk foreldrepar kommer med datteren på 14 år til vurdering hos legevaktlegen. Det gjelder magesmerter som har vart i hele dag. Alle snakker godt norsk. Jenta står mutt og hører på faren som forteller gjennom luken hva som har skjedd utover dagen. Begge foreldrene blir med inn når jenta skal undersøkes, til tross for at hun forsøker å protestere både via kroppsspråk og direkte ved å si fra til faren at han ikke skal være med. Faren fortsetter å føre ordet under konsultasjonen. Han blir tydelig irritert når legen henvender seg til jenta og spør om hun kan fortelle med egne ord hvordan hun har det nå, og om det har hendt noe leit eller om det er noe spesielt som bekymrer henne.

TIL DISKUSJON

Hvordan kan etiske spenninger i denne situasjonen beskrives?

Hva står på spill for hvem med hensyn til barnets og foreldrenes rettigheter og plikter?

Hva står på spill med hensyn til verdier?

Hva ville du ha gjort i legens sted?

Misbruk av legevakt?

En far ankommer legevakten med en 3-åring. Gutten virker opplagt og aktiv. Han inspiserer nysgjerrig venterommets kriker og kroker og snakker til flere av de andre pasientene som venter på tur. Ved telefonhenvendelsen ble gutten beskrevet som svært slapp, det kjentes ut som om han hadde høy feber og foreldrene fryktet et tilbakefall av en tidligere ørebetennelse. Undersøkelsen hos legen viser ingen tegn på noe av dette, selv om gutten riktig nok er litt forkjølet. Faren spør om han ikke kan få med en resept på penicillin for sikkerhets skyld. Familien skal reise på en to ukers ferie til Gran Canaria neste dag, og de ønsker å være føre var.

TIL DISKUSJON

Hvordan kan etiske spenninger i denne situasjonen beskrives?

Farens strategi kan både skyldes bekvemmelighetshensyn og ønsket om å være en ansvarlig far. Kan slike strategier være berettiget i noen tilfeller?

Kunne legevaktsentralen hatt strategier for å unngå at henvendelsen endte i legkonsultasjon?

Hva ville du ha gjort i legens sted på slutten av konsultasjonen?

Hvordan bør legevakten generelt forholde seg til pasienter som åpenbart manipulerer og utnytter systemet?

Kollegial lojalitet satt på prøve

Gjennom vaktene dine de siste par månedene er du gradvis blitt oppmerksom på noen forhold ved dr. Hanne Hansen, ny fastlege i kommunen, som bekymrer deg litt. Du har overhørt pasienter uttrykker misnøye med måten de har blitt møtt på av dr. Hansen på legevakten. Du har også lagt merke til gjennom journalnotater og egne erfaringer at ved flere anledninger har pasienter som dr. Hansen har vurdert, kommet tilbake på neste vakt. I to tilfeller forteller sykepleieren du arbeider sammen med, at pasienter som er tatt tilbake for ny vurdering, er blitt innlagt av den neste legen. En kveld du er på vakt spør en av pasientene du undersøker, om du kjenner dr. Hansen og om du kan anbefale henne som en god lege. Pasienten vil skifte til en kvinnelig fastlege, og dr. Hansen er den eneste med åpen liste.

TIL DISKUSJON

Hvordan kan etiske spenninger i denne situasjonen beskrives?

Hva sier du til pasienten?

Bør du ta opp dette direkte med dr. Hansen?

Er det tilrettelagt noen form for prosedyre eller system for å lære av egne og andres feil på din arbeidsplass?

Hvordan kan dette tilrettelegges, eventuelt forbedres?

Akuttmedisin og prioriteringer

Etter å ha mottatt lege- og ambulansealarm rykker du som legevaktlege ut sammen med ambulansen til en person som falt om med antatt hjertestans. Det ble umiddelbart startet gjenopplivning (HLR, hjerte-lungeredning) av en erfaren førstehjelper, som har holdt på alene i sannsynligvis 11 minutter når dere ankommer. Dere er nå flere personer med fagutdanning til stede og dere har defibrillator tilgjengelig.

TIL DISKUSJON

Drøft om det er riktig å fortsette resuscitering hvis pasient og situasjon er som omtalt i de fire alternativene nedenfor.

1. Mann, 50 år, tidligere frisk. Det blir påvist ventrikkelflimmer, det gis støt, men det blir ikke omslag på første støt. HLR-protokoll følges så i fem minutter, men det kommer ikke omslag i rytmen.
2. Mann, 50 år, behandles med cellegift for lungekreft med spredning. Det blir påvist ventrikkelflimmer, det gis støt, men det blir ikke omslag på første støt. HLR-protokoll følges så i fem minutter, men det kommer ikke omslag i rytmen.
3. Mann, 50 år, behandles med cellegift for lungekreft med spredning. Det blir påvist asystoli ved påkobling. Det gis HLR etter protokoll i ti minutter. Det kommer ikke endring i rytmen.
4. Mann, 50 år, rusmisbruker. Det blir påvist asystoli ved påkobling. Det gis HLR etter protokoll i ti minutter. Det kommer ikke endring i rytmen.

Tenk deg at du kommer til de fire pasientene samtidig. Det er bare mannskap og transport til å ta seg av én av dem. Du må dermed prioritere. Hvordan vil din liste over prioritert rekkefølge se ut?

Vil endringer i opplysningene om pasienten i form av kjønn, alder eller diagnose kunne føre til endringer av den prioriterte rekkefølgen? Diskuter!

DEL 3:

Etiske spenninger
i legevaktarbeid
og annet
klinisk arbeid

Helsehjelp og skjønn

Som helsepersonell skal vi hjelpe og bistå pasientene fra de oppsøker helsetjenesten, gjennom utredningen, gjennom behandlingen og ved eventuell oppfølging. Helsearbeidere må fortløpende ta stilling til spørsmålet: Hva trenger denne pasienten akkurat nå? I vurderingen av et helsehjelp- og omsorgsbehov vil det ofte være mange usikkerhetsfaktorer knyttet til diagnostisering og til vurdering av hvilken effekt påbegynt behandling faktisk har. I situasjoner preget av ressursmangel må helsepersonell i tillegg foreta prioriteringer. Det kan for eksempel dreie seg om mangel på personale, tid eller tilgjengelig materiell. Å fatte beslutninger om hva som skal gjøres under større eller mindre grad av usikkerhet, tvinger helsearbeideren til å gjøre bruk av skjønn, enten det handler om å sortere henvendelsene til legevakten, henvise til spesialisthelsetjenesten eller velge hvilke medikamenter som skal brukes i en gitt situasjon.

To betydninger av «skjønn»

Når vi snakker om «skjønn» gjør vi det gjerne i to forskjellige betydninger. Disse er det nyttig å holde fra hverandre. På den ene siden bruker vi begrepet «skjønn» for å betegne de evnene vi gjør bruk av når vi skal foreta vurderinger av hva som er godt, riktig eller vakkert, i situasjoner der vi ikke har noen fastlagte kriterier å basere vurderingene våre på. Dette skjønnnet er aktivt når man for eksempel forsøker å konkludere med hva slags behandling som vil være til pasientens beste. Det skjønnnet vi her gjør bruk av, kaller filosofene Grimen og Molander for «epistemisk skjønn» (Grimen og Molander, 2008). Det er denne evnen vi refererer til nå vi sier at noen «utøver skjønn» det vil si, treffer beslutninger i henhold til ens egne standarder og verdier.

På den andre siden snakker vi også om det å ha «rom for skjønn», «skjønnsmessige fullmakter» og «skjønnsmyndighet». I slike sammenhenger refererer

vi til den myndigheten grupper eller enkeltpersoner har blitt tildelt til å utøve skjønn. Denne form for skjønn kaller Grimen og Molander for «strukturelt skjønn». Det forutsetter at arbeidsoppgavene man skal utøve i utgangspunktet er styrt av visse lover og regler for hva man har lov til å foreta seg. Innenfor disse rammene er man så i større eller mindre grad fristilt til å løse arbeidsoppgavene slik man selv finner best, i henhold til sin egen skjønnsutøvelse.

I de neste avsnittene vil vi omtale både den skjønnsmyndigheten (strukturelt skjønn) helsepersonell har når det gjelder å vurdere pasientenes helsehjelpsbehov, og selve skjønnsutøvelsen (epistemisk skjønn) som finner sted når de vurderer den enkelte pasient sitt behov for helsehjelp.

Skjønnsmyndighet og ytre rammer

Når det gjelder helseprofesjonene, så er skjønnsmyndigheten regulert gjennom lover om helsepersonells og pasienters plikter og rettigheter, formålet med de ulike helsetjenester, samt helsemyndighetenes direktiver og regler. Disse lovene, forskriftene og direktivene utgjør de ytre rammene for helsepersonells skjønnsmyndighet. Slike reguleringer kan gjelde helsepersonell generelt. Mer spesifikke, overlappende reguleringer kan gjelde for grupper av helsepersonell eller områder av helsetjenesten, som for eksempel legevaktsarbeid. Helsetjenesten er sammensatt av en rekke enkelttjenester og organisasjoner som skal fylle ulike formål. Jo mer spesifisert dette formålet er, jo tydeligere er grensene for hvilke helsehjelp som skal tilbys ved institusjonen. Jo mindre spesifisert formålet er, jo større fullmakter har de ansatte selv til å vurdere hvilke behov de anser seg selv ansvarlige for å imøtekomme.

Reguleringer av det helsefaglige arbeidet blir så fortolket og gjennomført som konkret praktisk

arbeid, det vil si fastlagte måter å organisere arbeidet på ved helseinstitusjonene. Slike praksiser kan for eksempel være beskrevet som prosedyrer eller i metodebøker. Eksempler kan være hvordan man håndterer kravet om pasienters muntlig samtykke til behandling eller en etablert enighet om hvilke pasienter man skal ta i mot på legevakten. Slike praksiser konkretiserer utfallet for en del valg den enkelte helsearbeider står overfor, og begrenser dermed også i en viss forstand skjønnnet man står fri til å utøve.

Selve organiseringen av helsetjenesten skjer også i henhold til verdibaserte styringsprinsipper som for eksempel krav til kostnadseffektivitet. Slike prinsipper vil også sette rammer for hva som fremstår som forsvarlig skjønnsutøvelse. Overdreven bruk av ressurser på mindre helseproblemer kvalifiserer for eksempel ikke som god skjønnsbruk når budsjettene er stramme, og et slikt forbruk får konsekvenser for andre som også trenger hjelp.

Tenk gjennom eller diskutér!

- Hvilke lover regulerer din virksomhet ved legevakten?
- Kan du beskrive praksiser eller prosedyrer dere har etablert for å sikre respektfull behandling av pasientene ved legevakten?
- Hvordan vil du beskrive formålet med den legevaktstjenesten du skal yte?

Skjønnsmyndighet og profesjonelle kvalitetsstandarder

Skjønnsmyndigheten til den enkelte helsearbeider er naturligvis også begrenset av hvilken profesjon man tilhører. Hvilken utdanning og stilling helsearbeideren har, om man er lege, sykepleier, ambulansarbeider, bioingeniør, fysioterapeut, helsesekretær også videre, legger begrensninger på hva slags type behov man skjønnsmessige er i stand til og har lov til å fastsette. Rommet den enkelte har for å gi

skjønnsmessige vurderinger av pasientens behov, vil også være regulert av posisjonen man har innad i et stillingshierarki. En overlege kan overprøve en turnuslege sin behandlingsbeslutning og begrenser dermed det skjønnsmessige rommet turnuslegen har til å gjøre selvstendige vurderinger av pasientens behov. På tilsvarende vis vil en spesialist kunne overprøve en ikke-spesialist. Generelt kan vi si at en erfaren helsearbeider innen et felt vil ha større beslutningsmessig autoritet enn en mindre erfaren, på grunn av den erfaringsbaserte kunnskapen vedkommende har.

Helseprofesjonene skal tilby befolkningen helsetjenester av god kvalitet. For å ivareta tilliten til at kvalitet står i fokus, vil profesjonene ofte selv søke å sikre at medlemmene utøver godt skjønn når de utøver sin spesialkompetanse. Profesjonene utarbeider derfor etiske retningslinjer og faglige standarder for å støtte opp under kvaliteten på hjelpen som ytes. Slike skriftlige normer gir generell veiledning, slik at vurderingen og behandlingen av pasientens behov skal bli så gode som mulig. I den forstand kan vi si at profesjonene selv hjelper til med å kultivere god skjønnsutøvelse (epistemisk skjønn) hos sine medlemmer.

Tenk gjennom eller diskutér!

- På hvilken måte er din skjønnsmyndighet til å vurdere pasienters behov begrenset ved legevakten der du jobber?
- Er det utarbeidet etiske retningslinjer for den yrkesgruppen du tilhører? Kjenner du disse?
- Er det utarbeidet kvalitetsstandarder for det arbeidet du utfører? Har du kjennskap til disse? Anvender du disse i det daglige arbeidet? Hvis ikke, hva er grunnen til det?

Skjønnsmyndighet og praktiske barrierer

I tillegg til at helsearbeideres skjønnsutøvelse er regulert av lover, regler og praksiser, vil også mer praktiske forhold eller det vi kan kalle *praktiske barrierer* sette grenser for de skjønsmessige beslutningene helsearbeiderne tar. Dette vil ikke være forhold som er ment å skulle reguleres praksis i forhold til beslutninger om hvordan helsetjenesten bør formes. Praktiske forhold handler i stedet om hva som faktisk finnes tilgjengelig av etablerte tjenester og ressurser som kan imøtekomme pasienters behov.

På den ene siden, vil det i organiseringen av helsetjenesten som sådan, innad i enkelte institusjoner eller i forholdet institusjoner i mellom, kunne oppstå praktiske barrierer man må ta hensyn til når man vurderer hvilken hjelp pasienten skal tilbys. Slike praktiske hindringer kan få følger for behandlingen av pasienten. Eksempler på dette kan være:

- utilstrekkelig utbygde tjenester som umuliggjør tiltrengte tiltak
- arkitektonisk utforming av pasientmottak som vanskeliggjør skjerming av personlig opplysninger overfor andre tilstedeværende
- dårlig flyt av pasientinformasjon mellom sykehus og fastlege som fører til unødvendig forsinkelser eller også mangelfull oppfølging

På den andre siden handler slike praktiske barrierer ikke bare om dårlig eller mangelfull organisering, men også om konkret ressursmangel. Kommunen kan for eksempel ikke ha budsjett til å dekke flere stillinger ved legevakten, slik at de som er på jobb må betjene flere pasienter enn de selv oppfatter som forsvarlig. Andre eksempler kan være at innkjøp av ett behandlingsapparat utelukker utbygging av et annet, og at en tidkrevende pasient innebærer lengre ventetid for en annen. Knapphet legger også begrensinger på hva helsepersonell kan tilby. Det er ikke uvanlig at man må sammenlikne og avveie ulike grader av behov for å få ressursene til å strekke til. Knapphet er dermed en praktisk hindring med direkte konsekvenser for hva man vurderer som den enkelte pasientens krav på helsehjelp.

Tenk gjennom eller diskutér!

- Eksisterer det praktiske barrierer som skyldes dårlig organisering ved din arbeidsplass og som legger begrensinger på hva du kan tilby pasientene?
- Eksisterer det praktiske barrierer som skyldes knapphet på ressurser ved din arbeidsplass og som legger begrensinger på hva du kan tilby pasientene?
- Dersom det eksisterer praktiske barrierer, hvordan forholder du deg til disse?

Tre ulike fokus for skjønnsutøvelse ved helsehjelp

Nå har vi sett hvordan helsepersonells skjønnsmyndighet avgrenses. Det neste temaet er hvilke ulike fokus som er sentrale når helsepersonell utøver (epistemisk) skjønn i møte med pasienter. Vi sa innledningsvis at kvaliteten på helsehjelpen ikke bare avhenger av de konkrete tiltakene som vurderes og igangsettes. Måten pasientene blir møtt på og ivaretatt handler om hvordan helsepersonell i praksis omsetter det grunnleggende etiske kravet om å behandle andre mennesker som moralsk likeverdige. Den forståelse og omsorg som helsepersonell møter pasienter med, inngår i den helhetlige kvaliteten på helsehjelpen.


Å utvise godt skjønn i en helsehjelpssituasjon innebærer med andre ord at man gjennom den konkrete hjelpen man yter, ikke påfører pasientene eller andre en opplevelse av manglende respekt eller verdighet. Det etiske kravet om moralsk likeverdig behandling ivaretas når man gjennom handling viser at man er oppmerksom på pasientenes situasjon, gir dem god informasjon og respekterer deres valg. På samme vis ivaretas kravet når man bestreber seg på ikke å påføre skade eller mer ubehag enn hjelpen krever, men snarere søker å lindre. Og man skal selvsagt unngå å diskriminere, ignorere, utnytte og misbruke pasienter som oppsøker hjelp. Vi kan kalle den

delen av skjønnnet som er virksomt når helsehjelp ytes for *et relasjonelt skjønn*.

Videre er det nyttig å skille mellom to andre former for skjønnsvurderinger som inngår i helsearbeid. Disse knytter seg direkte til selve vurderingene av pasientenes konkrete behov for helsehjelp. På den ene siden vil helsepersonell måtte gjøre bruk av sin spesielle fagkompetanse for å kunne kartlegge pasientens tilstand, vurdere tiltak og evaluere effekten av disse. Usikkerhetsfaktorer kan opptre her med hensyn til alle disse tre fasene av et helsehjelp-forløp, og dette gjør skjønnsutøvelse nødvendig. Skjønnnet som her legges til grunn i vurderingen av et helsehjelpsbehov kan vi kalle *et fagteknisk skjønn*.

Men helsepersonell vil ikke bare ta stilling til hva som fagteknisk *kan* gjøres når de vurderer et helsehjelpsbehov, de forholder seg også til hva som *bør* gjøres. Konklusjonen om å tilby en pasient en bestemt behandling i en konkret situasjon sammenfaller under ideelle omstendigheter med en konklusjon om at «denne pasienten trenger denne hjelpen i denne helseinstitusjonen nå». Konklusjonen om hva som er en passende behandling, innebærer at helsearbeidere har en oppfatning om formålet med

helsetjenesten vedkommende skal formidle og prinsipper som regulerer fordelingen av tjenesten. Jo mindre tydeliggjort formålet med tjenesten og prinsipper for fordelingen er formulert fra sentralt hold, jo mer må helsepersonell stole på sitt eget skjønn i forhold til å vurdere hvilken behandling og oppfølging den enkelte pasient bør ha i den aktuelle helseinstitusjonen. Det skjønnnet som utøves her kan vi kalle *et distributivt skjønn*.



Tenk gjennom eller diskutér!

- I hvilken del av arbeidet ditt forventes du å utvise relasjonelt skjønn?
- I hvilken del av arbeidet ditt forventes du å utvise fagteknisk skjønn?
- I hvilken del av arbeidet ditt forventes du å utvise distributivt skjønn?

Etiske spenninger ved klinisk helsehjelp

På bakgrunn av det som nå er sagt om skjønnsutøvelse (epistemisk skjønn) og skjønnsmyndighet (strukturelt skjønn), kan vi si at etisk kompetanse i tilknytning til klinisk arbeid må utvikles under sammensatte og komplekse forhold. Helsepersonells skjønnsmyndighet er avgrenset av lover, regler, forskrifter, og etablerte praksiser og praktiske barrierer som skyldes organisering eller knappe ressurser. Og videre, helsetjeneste av god kvalitet krever at helsepersonell er i stand til å utøve godt skjønn (epistemisk skjønn) på tre ulike måter; i en relasjonell, en fagteknisk og en distributiv forstand.

I dette mylderet av reguleringer og ulike normative krav reiser et viktig spørsmål seg: Hva slags situasjoner er det som påkaller etiske refleksjon og handling av helsepersonell? Kunnskap om hva som kjennetegner slike situasjoner, vil kunne styrke den individuelle helsearbeiders oppmerksomhet overfor de etiske sidene i helsearbeid. Vi vil derfor gi en oversikt over hvilke forhold ved skjønnbasert, klinisk helsehjelp det er som fordrer en særskilt etisk kompetanse.

Vi kan generelt si at etiske spenninger oppstår når det grunnleggende kravet om å ivareta andres moralske likeverd kommer under press eller i konflikt med andre verdier. Etiske spenninger knyttet til utførelse av klinisk helsehjelp oppstår grovt skissert i to ulike typer situasjoner:

- I) Beslutninger om individuell helsehjelp der helsehjelpen man faktisk tilbyr ikke er den samme helsehjelpen man vet man burde ha tilbudt
- II) Skjønnsmessig uenighet mellom to eller flere parter (helsepersonell, pasienter, pårørende, kollegaer, politikere, media eller «den offentlige opinion») om kommunikasjon og samhandling eller beslutninger om helsehjelp

I det følgende vil vi nå gå litt grundigere inn på disse to kategoriene, og beskrive nærmere hvilke forhold i klinisk arbeid det er som bidrar til etiske spenninger.

I) Beslutninger om individuell helsehjelp

Helsepersonell kan altså selv oppleve en konflikt mellom helsehjelpen man synes man bør tilby og helsehjelpen man faktisk ender opp med å tilby. Denne formen for «selverfart» vurderingskonflikt representerer en grunnleggende etisk struktur ved klinisk arbeid. Vi kan skille mellom tre grupper av forhold som kan bidra til å skape avvik mellom helsehjelpen helsearbeideren ideelt sett synes man bør tilby og det vedkommende ender opp med å tilby:

- Etiske spenninger knyttet til fastsatte reguleringer
- Etiske spenninger knyttet til praktiske barrierer
- Etiske spenninger knyttet til personlige motiver

Vi skal utdype litt mer om hva hver av disse tre variantene av etiske spenninger innebærer.

Etiske spenninger knyttet til fastsatte reguleringer

Det som helsepersonell selv anser som god skjønnsutøvelse i en konkret klinisk situasjon, kan komme i konflikt med de normative reguleringene (lover, regler, forskrifter, organisatoriske prinsipper og etablerte praksiser) som avgrenser skjønnsmyndigheten deres. For eksempel kan lover om pasientens samtykke forhindre at akutt syke pasienter blir tatt hånd om, mens krav til effektivitet begrenser tiden en legevaksansatt kan bruke på beroligende småprat med en oppskaket pasient. I slike situasjoner vil den helsehjelpen helsepersonell egentlig synes at

pasienten *bør ha*, kunne komme i konflikt med den helsehjelpen som pasienten faktisk tilbys.

Etiske spenninger knyttet til praktiske barrierer

Det som helsepersonell selv anser som god skjønnsutøvelse i en konkret klinisk situasjon, kan også komme i konflikt med de praktiske barriererene (mangelfull organisering og knappe ressurser) som avgrenser skjønnsmyndigheten deres. En dårlig utbygd helsetjeneste kan føre til manglende oppfølgingstilbud til marginaliserte grupper, og personellmangel kan gjøre at pasienter med smerter må vente lenge før de blir tatt hånd om på legevakten. Også i slike situasjoner vil den helsehjelpen helsepersonell egentlig synes at pasienten *bør ha* komme i konflikt med den helsehjelpen pasienten som faktisk tilbys.

Etiske spenninger knyttet til personlige motiver

Personlige motiver kan også komme i mellom behandlingen helsepersonell synes pasienten *bør ha* og den hjelpen som tilbys. Slike motiver kan være mer eller mindre akseptable. Noen motiver vil de fleste finnes høyst rimelige. Helsearbeidere har naturligvis mange verdier de ønsker å verne om i livet sine, og som i utgangspunktet ikke har noe med jobben deres å gjøre. Et ønske om ikke å utsette seg selv eller andre for risiko i forhold til hjelpen de skal yte, vil være et eksempel på et personlig forhold som kan ha konsekvenser for helsehjelpen man tilbyr. Selv om etablerte regler tilsier at man ikke skal gå inn i situasjoner der man kan utsettes for fare, vil det alltid ligge skjønnsutøvelse til grunn for vurderinger av hvor trygg situasjonen er. Hvorvidt man i slike tilfeller legger rimelige risikovurderinger til grunn, kan være viktig informasjon å ta stilling til ved refleksjon over hvorvidt man på bakgrunn av dette motivet handler riktig eller ei.

Andre personlige motiver som kan utgjøre en forskjell mellom hva man synes man *bør tilby* og det man faktisk tilbyr av helsehjelp, kan være moralske eller religiøse overbevisninger. I slike tilfeller er gjerne problemstillingen snudd på hodet. Man er forventet å yte en form for hjelp man synes er forkastelig eller som man personlig anser som uetisk. Et eksempel på dette vil være abortmotstandere som forventes å medvirke ved abortinngrep.

Et eksempel på mindre rimelig personlig motiv kan være et ønske om økonomisk gevinst som fører til at man tilbyr mer enn man strengt tatt burde. Eller omvendt, man tilbyr mindre enn man skjønnsmessig

vet man kanskje burde på grunn av forhold som ikke har noe med pasientens behov å gjøre. Man unngår å invitere til den lange samtalen som kanskje ville avdekke den egentlige grunnen til at pasienten oppsøker hjelp fordi man står på farten til å reise på ferie. Helsehjelp som ytes innenfor institusjoner som i liten grad har konkretisert formålet med helsetjenesten som tilbys, og som heller ikke har utviklet klare kliniske retningslinjer for hjelpen som tilbys, overlater vide skjønnsmessige fullmakter til de ansatte. Dette åpner samtidig opp for egendefinerte regler for hva man tilbyr. Disse vil kunne kritiseres, men de vil også være vanskelig for andre å sanksjonere. I den grad pasienten får mindre hjelp enn vedkommende burde ha på grunn av helsepersonells personlige forhold, er dette opplagt etisk problematisk. Men også tilfeller der helsepersonell yter mer enn pasienten har krav på, er problematisk. Overbehandling er ikke nødvendigvis et gode for pasienten, og i et offentlig finansiert helsesystem med begrensede ressurser har det konsekvenser for en rettferdig fordeling hvis ikke alle ytes den samme service.

Tabell 1 viser hvordan man kan forklare manglende sammenfall mellom den helsehjelpen som tilbys og den helsehjelpen som helsearbeideren synes *bør* tilbys.

Tenk gjennom eller diskutér!

- Har du opplevd at du eller andre ikke har tilbudt en pasient det vedkommende hadde behov for på grunn av at lover, regler eller praktiske barrierer har kommet i veien?
- Har du opplevd at du eller andre ikke har tilbudt en pasient det vedkommende hadde behov for på grunn av at personlige motiver har kommet i veien?

Normative barrierer som skyldes	<p>at formålet med helsehjelpen som ytes ved den aktuelle institusjonen er for vagt definert.</p> <p>EKSEMPEL: Er det opplagt hva slags konkrete behandlinger man forventes å yte ved en legevakt?</p>
	<p>kontekstuelle forhold (implementerte prosedyrer og rutiner) som utfordrer intensjoner som er søkt ivare tatt i regelverket.</p> <p>EKSEMPEL: Hvordan skal man etterfølge krav til samtykke overfor en akutt syk pasient med store smerter?</p>
	<p>organisatoriske styringsprinsipper.</p> <p>EKSEMPEL: Hva skal man gjøre når krav til effektivitet utelukker at man tar seg ekstra tid til å snakke med en engstelig pasient?</p>
Praktisk barrierer som skyldes	<p>utilstrekkelig utbygd og organisert helsetjeneste i henhold til regelverkets intensjoner.</p> <p>EKSEMPEL: Underdimensjonerte tjenester for mental helsehjelp, rus avvenning og psykososial oppfølging ved overgrep, eller ikke-optimal samhandling mellom AMK-sentralen og legevakten</p>
	<p>uheldig implementering av regelverkets intensjoner innad i institusjonen.</p> <p>EKSEMPEL: Skjev fordeling i henhold til ulike poster eller ineffektiv infrastruktur med hensyn til informasjonsflyt</p>
	<p>knapphet eller mangel på ressurser.</p> <p>EKSEMPEL: Personell og utstyr</p>
Personlige motiver	<p>basert på varierende grad av rimelighet.</p> <p>EKSEMPEL: Et ønske om økonomisk gevinst som styrer inntaket av pasienter på legevakt, et ønske om å ivareta egen eller andres sikkerhet overfor pasienter med akutt psykose</p>

TABELL 1 Forhold som kan forklare manglende sammenfall mellom helsehjelpen som tilbys og hjelpen helsearbeideren synes bør tilbys .

II) Skjønnsmessig uenighet

Skjønnsmessig uenighet mellom en helsearbeider og pasienten, pårørende, kollegaer, media eller folkeopinionen om hvilken behandling en pasient bør ha, representerer den andre hovedgruppen av situasjoner som fordrer etiske kompetanse i klinisk arbeid. Ettersom skjønnsutøvelsen nettopp er kjennetegnet ved at den ikke foregår i henhold til gitte standarder, vil det kunne oppstå uenighet om hvorvidt helsehjelpen som blir tilbudt, er den hjelpen pasienten bør ha eller ikke. Når helsepersonells beslutninger kritiseres, anklages samtidig vedkommende for ikke å forvalte sin delegerte skjønnsmyndighet til å sørge for pasientens beste godt nok. Opphavet til skjønnsmessig uenighet i klinisk arbeid lar seg også beskrive som bestemte generelle strukturer som bidrar til etiske spenninger.

Ulikt opphav til skjønnsmessig uenighet

Anklager om at helsepersonell ikke har utvist godt nok skjønn, kan være rettet mot alle de tre ulike variantene av epistemisk skjønn vi diskuterte overfor.

Helsepersonell kan anklages for ikke å utvise *relasjonelt skjønn*: De kan være arrogante, nedlatende, de kan gjennomføre omsorgsprosedyrer uten å lytte til pasientens innsigelser, diskutere pasientens private situasjon høylydt blant annet personell, og kanskje uten selv å være klar over det, i felleskap diskriminere utsatte pasientgrupper med hensyn til oppmerksomhet og oppfølging de får. Denne listen er ikke uttømmende. Poenget er at det kan oppstå uenighet om hvorvidt helsepersonell gjennom kommunikasjon og samhandling har fremmet den andres status som moralsk likeverdig. Denne siden av pasientbehandlingen avslører på mest iøynefallende vis mangel på etisk kompetanse dersom den er fraværende. Vi vil derfor omtale kommunikasjon og samhandling mellom involverte parter i en helsehjelpssituasjon i mer detalj nedenfor.

Videre kan det vi har kalt deres *fagtekniske skjønn* og *distributive skjønn* kritiseres, det vil si skjønnsutøvelsen som ligger til grunn for beslutningen om konkret helsehjelp. For eksempel kan man stille spørsmål om en helsearbeider har utvist mangelfullt skjønn ved å sette i gang akkurat den behandlingsprosedyren gitt den aktuelle pasienthistorien? Og har helsearbeideren foretatt en riktig prioritering ved å bruke tid og ressurser på denne type helseproblem, gitt formålet med akkurat denne helseinstitusjonen?

I tillegg kan helsepersonell kritiseres for måten de håndterer helsehjelpssituasjoner der verdibaserte reguleringer står i veien for ivaretagelse av pasientens beste. Den skjønnsmessige uenigheten er ikke da først og fremst knyttet til oppfatninger om pasientens behov, men retter seg mot helsepersonells neglisjering av eller tilpassning til eksterne reguleringer.

Dessuten kan helsepersonell kritiseres for at de lar organisatoriske eller ressursmessige, praktiske barrierer komme i veien for ivaretagelse av pasientens beste i stedet for aktivt å prøve å omgå eller endre forholdene som skaper etisk uakseptable situasjoner.

Og til slutt kan helsepersonell også kritiseres for å tillate personlige motiver å påvirke helsehjelpen som ytes. Den skjønnsmessige uenigheten omkring den tilbudte behandlingen kan knytte seg til risikovurderinger som er foretatt, eller man mistenker at helsepersonell utnytter systemet til egen fordel uten at dette nødvendigvis kommer pasienten til gode.

I tabell 2 oppsummeres forhold som forklarer manglende sammenfall mellom helsehjelpen som tilbys og den helsehjelpen andre (pasienter, pårørende, kollegaer, media, politikere og folkeopinionen) skjønnsmessig synes bør tilbys.

Tenk gjennom eller diskutér!

- Har du opplevd at pasient, pårørende, kolleger eller andre har kritisert det skjønnsmessige grunnlaget for beslutninger du eller andre har tatt på legevakten? Hva slags vurderinger har kritikken rettet seg mot?

Ulike oppfatninger om kvaliteten på den tilbudte helsehjelpen i forhold til	relasjonelt skjønn (Er pasientens møte med legevakten preget av god kommunikasjon og omsorg?)	
	fagteknisk skjønn (Tilbyr legevakten effektive og fornuftige behandlingstiltak?)	
	distributivt skjønn (Representerer hjelpen som tilbys en rimelig og rettferdig bruk av legevaktens tilgjengelige ressurser?)	
Ulike oppfatninger om hvordan forholde seg til	normative barrierer som skyldes	at formålet med helsehjelpen som ytes ved den aktuelle institusjonen er for vagt definert
		kontekstuelle forhold som utfordrer intensjoner som er søkt ivaretatt i regelverket
		organisatoriske styringsprinsipper
	praktiske barrierer som skyldes	utilstrekkelig utbygd og organisert helsetjeneste i henhold til regelverkets intensjoner
		uheldig implementering av regelverkets intensjoner innad i institusjonen
		knapphet eller mangel på ressurser
Ulike oppfatninger om	rimeligheten av tilstedeværende personlige motiver	

TABELL 2 Forhold som forklarer manglende sammenfall mellom helsehjelpen som tilbys og helsehjelpen andre (pasienter, pårørende, kollegaer, media, politikere og folkeopinionen) skjønnsmessig synes bør tilbys.

Etiske spenninger knyttet til kommunikasjon og samhandling omfatter alle former for hendelser der pasienter, pårørende eller personell føler seg dårlig behandlet i mellommenneskelig forstand. Som pasient eller pårørende kan man oppleve å bli møtt med manglende respekt gjennom alle de ulike fasene helsehjelpen ofte består av: ved første kontakt med tjenesten, gjennom undersøkelse, behandling og oppfølging. Det kan være knyttet til opplevelse av

ikke å bli sett eller hørt eller tatt på alvor, av at beslutninger blir tatt over hodet på en, av eksponering, nedprioritering og av å bli møtt med fordommer. Kort sagt alle former for opplevelse som gir pasienten en følelse av å være mindreverdig.

Helsepersonell kan naturligvis forårsake denne opplevelsen hos pasienter og pårørende uten selv å være klar over at dette er konsekvensene av ens

handlinger. Desto viktigere er det å vie dette en særskilt omtanke i omgang med pasienter som kanskje befinner seg på sitt mest sårbare. Videre kan også, hvis man ikke blir gjort oppmerksom på det uakseptable i oppførselen, undertrykkende handlinger etableres som et handlingsmønster eller holdninger man ubevisst møter pasienter med. Typisk vil slike holdninger kunne sette seg i forhold til marginaliserte, ressursvake pasientgrupper som ikke selv er i stand til å sette seg i respekt ved konstruktivt å ta til motmæle. Eksempler på slike pasientgrupper kan være innvandrere med dårlig språkkunnskaper, eldre eller rusmisbrukere. Hvis ingen andre heller taler disse pasientgruppens sak, men man stadig får kollegial støtte i at disse pasientene utgjør en krevende og vanskelig pasientgruppe, kan det oppstå kollektive fordommer og undertrykkelse av disse pasientene i helsetjenesten.

Helsepersonell kan også selv bli utsatt for sjikane, utskjelling og vold fra pasienter og pårørende. I tillegg hender det også at media henger ut helsepersonell, hvilket kan være særlig problematisk ettersom taushetsplikten forhindrer dem i fra å uttale seg. Dette kan også være handlinger som demonstrerer

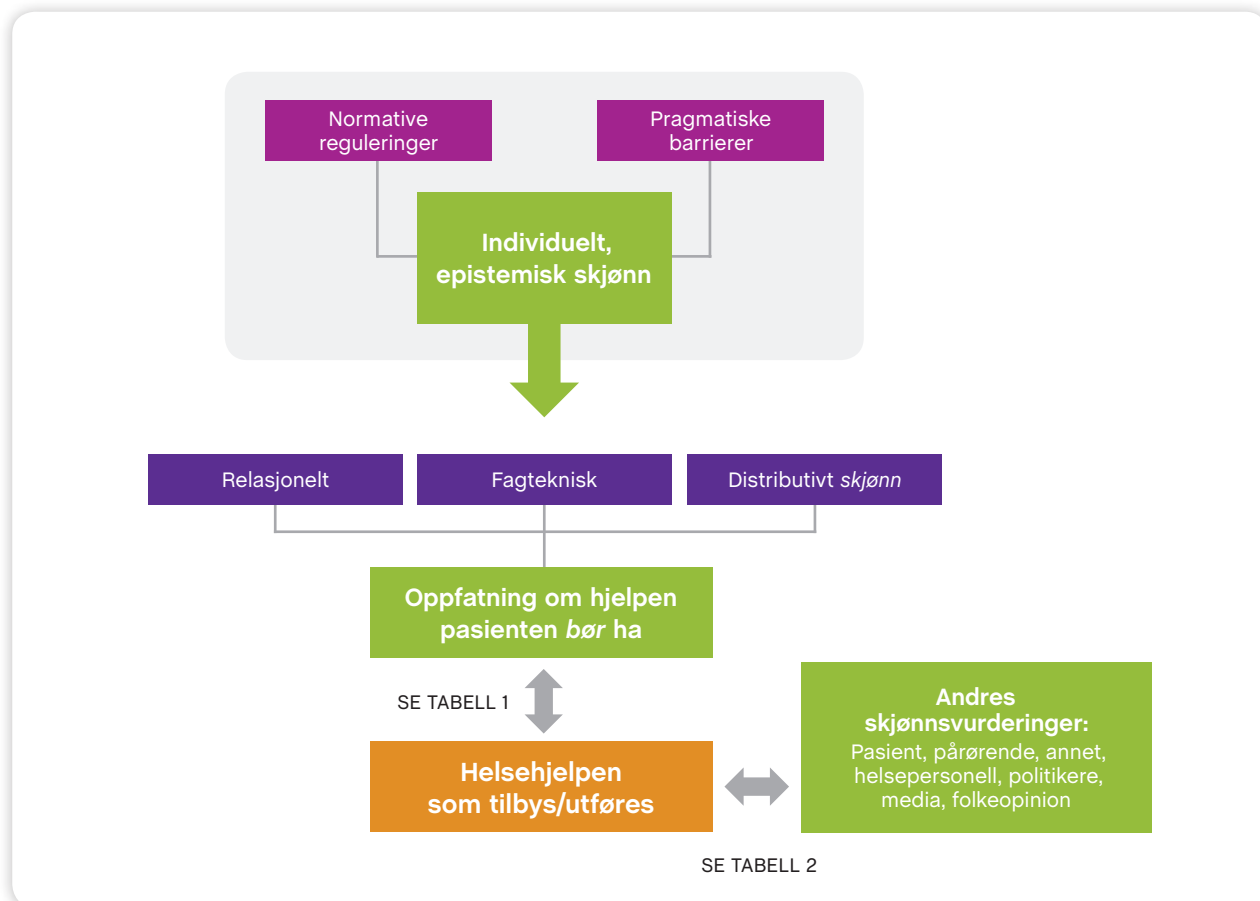
mangel på respekt, eller med andre ord, handlinger som ikke støtter opp under ivaretagelsen av andres, det vil si helsepersonells, moralsk likeverd.

Figur 1 viser forholdet mellom ulike måter å utøve skjønn på og mulige etiske spenninger.

Tenk gjennom eller diskutér!

- Har du opplevd på legevakten at pasient eller pårørende har gitt uttrykk for ikke å ha blitt møtt med respekt eller gitt uverdigg behandling?
- Har du selv erfart i forbindelse med arbeidet ditt at andre har behandlet deg respektløst?

FIGUR 1 Ulike måter å utøve skjønn på og mulige etiske spenninger.



Etiske spenninger på legevakt:

Helsearbeiderens og ledelsens ansvar

Tidligere i teksten har vi drøftet hva slags situasjoner og vilkår som kan skape etiske spenninger i klinisk arbeid. Men nye etiske spenninger kan også oppstå ut fra hvordan vi håndterer en opplevelse av konflikt mellom hva man bør tilby og det man tilbyr av helsehjelp på den ene side og en skjønnsmessig uenighet på den andre. Kravet om å behandle andre som moralsk likeverdig utfordres på nytt, på et overordnet «meta-nivå» om man vil, når man står overfor etisk spente situasjoner av ulike kategorier.

Vi har ovenfor diskutert hvordan etiske spenninger i klinisk arbeid har sammenheng med to hovedtyper situasjoner:

- Et opplevd avvik mellom hjelpen helsearbeideren synes man bør tilby og hjelpen man ender opp med å tilby.
- En skjønnsmessig uenighet mellom ulike involverte parter om hvorvidt det er utvist godt nok skjønn i kommunikasjon og samhandling eller forhold til helsehjelpen som tilbys.

Vi vil nå utdype hvordan disse to ulike kategoriene av situasjoner bør håndteres.

Håndtering av avvik mellom helsehjelpen man synes man bør tilby og den man tilbyr

Dette betyr helt generelt at helsepersonell også har et selvstendig ansvar på flere måter i slike situasjoner. For det første har vi som helsearbeidere et ansvar for å erkjenne at vi står overfor en etisk ladet situasjon som påkaller en form for etisk respons dersom kravet om moralsk likeverd skal ivaretas. I tillegg har

vi et etisk ansvar for å løse etiske konflikter i tråd med kravet om å ivareta det moralske likeverd. Med andre ord, helsepersonell trenger etisk kompetanse ikke bare for å oppdage etiske spenninger som oppstår i klinisk arbeid, men også for å kunne klare å løse etiske konflikter. Slik form for kompetanse vil være i kontinuerlig utvikling basert på de konkrete erfaringene helsearbeidere får gjennom arbeidet sitt.

Når helsearbeideren har et slikt ansvar, får ledelsen et tilsvarende ansvar for å sørge for at ansvaret blir oppfylt. Vi kan si at med forpliktelsen følger det også et etisk lederansvar for å tilrettelegge for utvikling av medarbeidernes etiske kompetanse. Det kan sannsynligvis best gjøres ved å etablere egnede felles arenaer for etisk refleksjon over opplevde etiske problemstillinger. I tillegg vil en leder måtte ha ansvar for å stimulere til et godt diskusjonsklima med rom for kritisk selvrefleksjon, ettersom dette er en sentral måte å utvikle etisk kompetanse på.

Når eksternt pålagte regler, organisatoriske eller ressursmessige forhold forhindrer helsepersonell fra å gi pasienten den hjelpen man opplever pasienten trenger, er det i seg selv et etisk spørsmål hvordan helsepersonell bør forholde seg i slike situasjoner. Etisk kompetanse handler også om hvordan man forholder seg til erkjennelsen av at man ikke kan tilby det man bør tilby. Viktige spørsmål må da besvares: Når bør man forsøke å påvirke og endre forhold som skaper situasjoner man finner etisk uakseptable, og når bør man bare tilpasse seg forholdene på arbeidsplassen slik de er?

Vårt svar er at lover selvfølgelig er til for å følges, men lover blir ikke nødvendigvis alltid fortolket og innført

i praksis på en god måte. Man kan for eksempel tenke seg at prosedyrer man er pålagt å følge, ikke oppfattes som at de tjener det overordnede moralske hensynet om å ivareta den andres moralske likeverd. Da må det være den ansattes plikt å melde fra om dette til den som står som ansvarlig for beslutningen om å anvende prosedyren. Tilvarende må ledere ved den enkelte helseinstitusjon være forpliktet til å ha et system for å fange opp synspunkter på prosedyrer de pålegger de ansatte å følge. Og når ledelsen får tilbakemeldinger, må de behandles og vurderes skikkelig. Om nødvendig må det gjøres endringer, eller ledelsen kan bidra til endringer ved å videreformidle problemet til ansvarlige helsemyndigheter. Når det gjelder praktiske problemer med å endre praksis, vil dette av og til dreie seg om organisatoriske forhold som man med enkle grep kan endre innad i institusjonen. I andre tilfeller kreves for eksempel politisk forankring eller vedtak for å kunne gjennomføre en ønsket endring. Uansett gjelder det her som ellers, at når forhold som i prinsippet kan endres, skaper etisk uakseptable situasjoner, så har helsearbeiderne en

plikt til å melde fra. Dette betyr samtidig at det hviler et etisk ansvar på ledelsen å sikre effektive kanaler for rapportering om uetiske forhold.

Håndtering av skjønsmessig uenighet

Skjønsmessig uenighet mellom ulike involverte parter om kommunikasjonen, samhandlingen eller helsehjelpen som ytes, må håndteres på en måte som tilkjenner alle involverte parter moralsk likeverd. Det finnes sjelden objektive standarder eller regler som kan avgjøre skjønsmessig uenighet om helsehjelpen som tilbys. Da blir selve håndteringen av slike konflikter i seg selv et etisk anliggende. Kravet om å oppnå moralsk likeverd for de involverte parter, tilsier at denne type tvister ikke bare kan overstyres og avgjøres av de som er i maktposisjon til å gjøre det. Undertrykkelse av andres erfaringer, oppfatninger og verdier fremmer ikke moralsk likeverd.

Det vil derfor også måtte være et lederansvar å påse at konflikter blir avgjort på et etisk akseptabelt vis. Dette betyr at det må foreligge klagemulighet

ANSVAR VED HÅNDTERING AV ETISKE SPENNINGER

Håndtering av etiske spenninger er i seg selv et etisk anliggende som krever ulike strategier i henhold til to hovedgrupper av etiske spenninger. Felles for alle strategiene er imidlertid at de er forenlige med kravet om å fremme moralsk likeverd. Tabellen oppsummerer ansvarsområdene for helsepersonell og ledere

Helsepersonell i helsetjenesten generelt og legevakter spesielt, har ansvar for å:


- Bidra konstruktivt og selvkritisk for å utvikle kompetanse til å håndtere situasjoner med etiske spenninger
- Ha kjennskap til normative reguleringer og rapportere om prosedyrer og praktiske forhold som skaper uetiske situasjoner

Ledere i helsetjenesten generelt og legevakter spesielt, har ansvar for å:

- Lage arenaer for utvikling av medarbeideres etiske kompetanse
- Etablere effektive rapporteringskanaler om normative og praktiske barrierer som undergraver ivaretagelse av moralsk likeverd
- Lage prosedyrer som sikrer informasjon om klagerettighet, samt om nødvendig etablere rådgivende etiske instanser
- Sikre at alle involverte parter ved skjønsmessig uenighet i forbindelse med helsehjelp, blir gitt en rimelig begrunnelse for beslutninger som tas i saken lokalt

på skjønnsbaserte helsehjelpsvurderinger. Klageprosessen må sikre at alle involverte parter blir hørt, at forholdet som forårsaker uenighet blir dekkende belyst, og at vurderinger som legges til grunn for en konklusjon blir begrunnet overfor dem som saken angår. På denne måten vil det bli lagt til rette for anerkjennelse av den enkeltes likeverd, slik at selve konflikthåndteringen kan bli etisk akseptabel.

Dette innebærer også at det må være et lederansvar å tilrettelegge for god informasjon om eksisterende klagerettigheter. I tillegg kan det også (riktignok avhengig av hva slags lederansvar man har) være aktuelt å ivareta moralsk likeverd ved å etablere etisk rådgivende instanser der alle involverte parter i en konfliktsituasjon får anledning til å legge frem sitt syn og begrunnelser. Sykehusenes kliniske etikk komiteer er eksempler på rådgivende instanser som er etablert for å håndtere skjønnsmessig uenighet på en etiske akseptabel måte. Ved skjønnsbaserte konfliktsituasjoner som krever tiltak fra institusjonens sin side, vil det være et lederansvar å påse at involverte parter får en rimelig begrunnelse for beslutningen som tas.



Tenk gjennom eller diskutér!

- Hvordan håndteres etiske spenninger og konflikter på din arbeidsplass?
- Er det din oppfatning at dette organiseres på en etisk akseptabel måte, det vil si, ivaretas de involvertes likeverd?
- Har dere en kultur ved din arbeidsplass for å diskutere etiske problemstillinger dere opplever i jobben?
- Har ledelsen ved arbeidsplassen din etablerte arenaer for rutinemessig diskusjon og refleksjon over etiske problemstillinger i arbeidet?

Videre arbeid:

Den etiske kompetansen må utvikles kontinuerlig

Gjennom den teoretiske gjennomgangen av etikk i legevaktarbeid har vi ønsket å gi en oversikt over hvilke situasjonstyper og vilkår som skaper etiske situasjoner. Tanken har vært at en slik systematisk gjennomgang kan bidra til økt årvåkenhet overfor situasjoner der ulike verdier eller rammefaktorer kommer i konflikt med det som oppfattes som en rimelig fortolkning av å ivareta moralsk likeverd. Den enkelte sin evne til å oppdage etisk ladede situasjoner er helt avgjørende for at helsepersonell skal kunne bruke sin etiske kompetanse på en relevant og god måte.

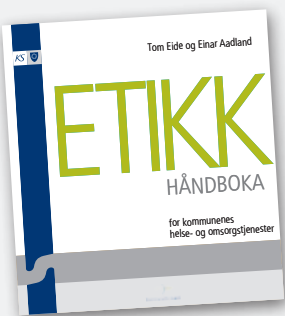
Det neste skrittet for å heve sin etiske kompetanse handler om å trene opp evnen til å reflektere systematisk omkring situasjoner der ulike verdier kommer i konflikt med hverandre når man skal komme frem til gode løsninger. Etisk kompetanse videreutvikles i tråd med refleksjoner og erfaringer man gjør seg i det virkelige liv. Selv om det legges et grunnlag for etisk kompetanse under helsefagutdanningene, så vil en vedvarende utvikling av en slik kyndighet

avhenge av at det tilrettelegges for dette i arbeidslivet. Kvaliteten i tjenesten skal også vurderes i forhold til hvorvidt det allmenngyldige etiske kravet om å fremme moralsk likeverd etterfølges. Når målet er en slik kvalitetsbasert helsetjeneste, kan vi også slå fast ovenfor at det er et lederansvar å tilrettelegge for en kontinuerlig utvikling av alle medarbeidere sin etiske kompetanse. Dette kan gjøres ved å etablere egnede lokale møteplasser slik at etisk refleksjon over arbeidsrelaterte dilemmaer og erfaringer kan skje med de tilsatte som deltakere. På denne måten integreres etisk kompetanse i det faglige kvalitetsarbeidet som institusjonen har ansvar for å fremme.

Hjelpemidler for refleksjon og økt etisk kompetanse

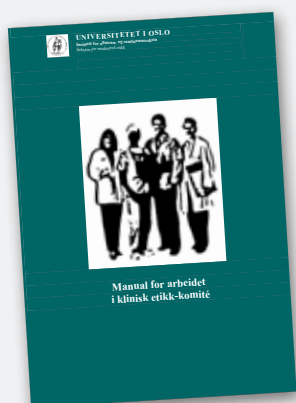
Det er utviklet flere hjelpemidler, kurs og håndbøker som kan være nyttige for etisk kompetanseheving på arbeidsplassen.

Se neste side →



ETIKKHÅNDBOKA

I Etikkhåndboka, som er utgitt av Kommunenes Sentralforbund, kan man få gode tips om hvordan organisere arenaer for etisk refleksjon og diskusjoner (Eide og Aadland, 2008).



MANUAL FOR ARBEIDET I KLINISK ETIKK-KOMITÉ

I forbindelse med arbeidet med kliniske etikk-komiteer ved sykehusene, har man ved Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo utarbeidet en manual for metodisk analyse av etiske dilemmaer i klinisk arbeid (Førde og Pedersen, 2007). Denne såkalte SME-modellen kan v re nyttig som et systematisk refleksjonsverktøy også for mindre formelle, interne diskusjoner for legevaktstilsatte.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

nettkurs.legeforeningen.no

Etiske dilemmaer

FORFATTERE:

Reidun Førde
og Reidar Pedersen
Seksjon for
medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo

LEGEFORENINGENS NETTKURS «ETISKE DILEMMAER»

Legeforeningens nettkurs «Etiske dilemmaer» representerer en annen viktig satsning på etisk kompetanseheving i helsetjenesten (<http://nettkurs.legeforeningen.no>). Nettkurset inviterer med varierte pedagogiske grep til metodisk drøfting av presenterte etiske dilemmaer.

Disse hjelpemidlene kan anbefales både til individuell lesing og som utfyllende stoff ved ulike gruppebaserte opplegg. I studieheftet v rt finner du en mer systematisk tilnærming til de generelle forholdene som skaper etiske spenninger og konflikter i klinisk

arbeid. Den teoretiske analysen vi har presentert her vil sammen med disse ulike refleksjonsmodellene representere en gjensidig utfyllende tilnærming til klinisk etikk.

Les mer!

Litteraturforslag

Om skjønn:

Grimen, H. og A. Molander (2008).
«Profesjon og skjønn» i Profesjons-studier.
A. Molander, L.I. Terum, side 179-196.
Oslo, Universitetsforlaget.

Generelt om medisinsk etikk:

Førde, R. og R. Pedersen (2010).
Etiske dilemmaer.
Nettkurs i etikk. Den norske legeforening
Nett-adresse: <http://nettkurs.legeforeningen.no>

Ruyter, K. W., J. H. Solbakk, og R. Førde (2007).
Medisinsk og helsefaglig etikk.
Oslo, Gyldendal akademisk.

Tranøy, K. E. (2005, 1999).
Medisinsk etikk i vår tid.
3. utg.. Bergen, Fagbokforlaget.

Etiske refleksjonsmodeller:

Eide, T. og E. Aadland (2008).
Etikk håndboka for kommunenes helse- og omsorgstjeneste.
Oslo, Kommuneforlaget AS.

Nettadresse: www.ks.no/tema/Samfunnsansvar/Etikk/
[Ny-handbok-i-etikk-for-helse--og-omsorgsektoren/](http://www.ks.no/tema/Samfunnsansvar/Etikk/Ny-handbok-i-etikk-for-helse--og-omsorgsektoren/)

Førde, R. and R. Pedersen (2007).
Manual for arbeidet i klinisk etikk-komité,
Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.
www.med.uio.no/iasam/sme/kek/manual/manual_310507.pdf



Om forfatterne

Kristine Bærøe (f. 1971) har hovedfag i filosofi og ph.d. i medisinsk etikk. For tiden er hun ansatt som postdok-stipendiat ved Etikkprogrammet ved Universitet i Oslo. Forskningsinteressene er meta-etikk, klinisk etikk, bio-etikk, profesjonsteori og politisk filosofi. Hun har jobbet spesielt med prioriteringer i helsetjenesten, kvalitetssikring av skjønsmessige beslutninger og sosialt betinget ulikhet i helse.

Ole Frithjof Norheim (f. 1965) er professor i medisinsk etikk ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen og lege i spesialisering i indremedisin ved Medisinsk avdeling på Haukeland Universitetssjukehus. Norheim fikk forskningsmidler for yngre fremragende forskere av Forskningsrådet i 2004 for å se på det etiske grunnlaget for prioritering av helseressurser i land med ekstrem ressurs knapphet. Han var leder av the International Society for Priority Setting in Health 2006-2008, og er nå leder av den kliniske etikk-komiteén i Helse Bergen.

TAKK TIL Nklm

Forfatterne ønsker å rette en stor takk til ansatte ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin for alle verdifulle innspill og kommentarer i arbeidet med dette studieheftet.

