

# Kreftkoordinator: Samarbeidsproblemer går på helsa løs

Mangelfullt samarbeid i kommunehelsetjenesten går ut over både pasienter og kreftkoordinatorer. En snuoperasjon må igangsettes, slik at sykepleiere slipper å bli utbrent og pasienter ikke blir behandlet på en uverdigg måte.

## Oddfrid Nesse

Kreftkoordinator

Enhet for mestring og folkehelse, bydel Frogner, Oslo kommune

Prioritering

Primærhelsetjenesten

Samarbeid

Etikk

Organisering

Sykepleien 2020 108 (79763) (e-79763)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.79763

## Hovedbudskap

Når samarbeid og organisatoriske forhold i kommunehelsetjenesten truer ivaretagelsen av nødvendig helsehjelp påvirker dette også utøvers helsetilstand. Kommunens kreftkoordinator møter mennesker som lever med ulik grad av helseutfordringer som følge av kreftsykdom og/eller behandling. Sentrale kreftkoordinatoroppgaver er å legge til rette for at pasienter og pårørende får nødvendig hjelp i alle faser i forløpet. Det fordrer samarbeid med ulike aktører og enheter. Mangelfullt samarbeid truer både nødvendig helsehjelp og utøvers helse.

Kommunens kreftkoordinator møter mennesker som lever med ulik grad av helseutfordringer som følge av kreftsykdom og/eller behandling. Sentrale kreftkoordinatoroppgaver er støtte- og veiledningssamtaler, og å legge til rette for at pasienter og pårørende får nødvendig hjelp i alle faser av forløpet. Det fordrer samarbeid med ulike aktører og enheter.

Lie og medarbeidere finner i sine studier at kreftkoordinatorer synes det kan være utfordrende å avklare sin rolle i etablerte systemer i primærhelsetjenesten (1) og at samarbeid om og tilrettelegging for helhetlig omsorg kan være krevende (2), noe som denne pasientsituasjonen illustrerer:

*Pasient, 60 år, med kronisk kreftsykdom ble innlagt sykehuset på grunn av betydelig funksjonsfall, og det konstateres at pasienten har kort forventet levetid. Pasienten er ferdigbehandlet på sykehus og han ytrer ønske om å få tilbringe den siste tiden hjemme. Ektefellen ønsker ham hjem, så sant nødvendig helsehjelp etableres.*

*Etter nettverksmøtet på sykehuset melder kreftkoordinatoren fra til en saksbehandler i kommunens mottaks- og mestringssteam om status og pasientens behov for hjemmesykepleie. Pasienten skrives ut påfølgende dag og hjemmesykepleietjeneste etableres morgen og kveld. Aktuelle medisiner og hjelpemidler kommer på plass.*

*To dager senere kommer kreftkoordinatoren på vurderingsbesøk. Pasienten er svært medtatt, men åpner øynene og svarer adekvat under samtalen. Kreftkoordinatoren ser at han har få dager igjen å leve og at det haster å få økt hjemmesykepleietjeneste. Fastlegen er orientert om situasjonen. Pasienten fastholder at han vil være hjemme og pårørende er fortsatt innstilt på dette. De uttrykker tillit og trygghet overfor kreftkoordinatoren, og sier at de får den hjelpen de trenger.*

*For å sikre nødvendig helsehjelp for de kommende timene og dagene varsler kreftkoordinatoren hjemmesykepleietjenesten om behov for tilsyn om natten. Lederen er motvillig, og begrunner blant annet dette med at sykepleierne i natt-tjenesten allerede har for mange arbeidsoppgaver og at det er lite tid til og rom for å oppprioritere andre pasienter. Innleie av ekstra helsepersonell innebærer økte økonomiske kostnader for kommunen. Det foreslås at denne pasienten reinnlegges på sykehus.*

## **Lederen må ta et vanskelig valg**

I eksempelet over er lederen av hjemmetjenesten og kreftkoordinatoren samarbeidspartnere i en virksomhet hvor felles mål er å yte helsehjelp til kommunens innbyggere, slik det fremkommer av helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (3, 4).

For lederen synes det krevende å ta en beslutning som kan gi kapasitets- og prioriteringsutfordringer for «eget» helsepersonell og å bryte det som han opplever er virksomhetens organisatoriske og økonomiske rammer.

Kreftkoordinatorer i kommunehelsetjenesten er som oftest spesialsykepleiere med lang klinisk erfaring med den aktuelle pasientgruppen. Ledere i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan ha en annen profesjonsbakgrunn.

## **Verdikonflikter skaper moralsk stress**

Kreftkoordinatoren vurderer ut fra sin faglige kompetanse at behovet for hjemmesykepleietjeneste er nødvendig og i tråd med grunnleggende omsorgsverdier og yrkesetiske retningslinjer, men opplever å bli hindret i å legge til rette for nødvendig og verdig helsehjelp. Når etiske og personlige verdier blir motarbeidet i samarbeidssituasjoner der helsepersonell står frem på pasientens vegne skapes en indre og ytre verdikonflikt (5), noe som omtales som moralsk stress.

Studier viser at moralsk stress kan oppstå når to verdier konkurrerer, og hvor man er i tvil eller det er uenighet om hvilket handlingsalternativ som er det beste (6). Moralsk stress oppstår også når profesjonelle forpliktelser og faglig integritet krenkes, samtidig som man hindres i å utføre passende handlinger (7).

## «Pasientens omsorgsbehov blir skjøvet til side.»

Når beslutningsprosesser i helsetjenesten blir ensidige er det fare for å generalisere tiltak og ressurser uten hensyn til pasientenes individuelle behov (8). Pasientens omsorgsbehov blir skjøvet til side og uenighet og forhold mellom helsepersonell og leder får økt oppmerksomhet (9).

Det å arbeide i slike systemer kan gi emosjonell immunisering, noe som har ført til at sykepleiere har forlatt sitt yrke (6). Dette støttes av forskning knyttet til samarbeid og organisering i norske sykehjem (9). Dreyer og medarbeidere finner at gapet mellom ideal og virkelighet i helsesektoren for de berørte parter kan gi moralsk stress, fare for utbrenthet og høy turnover.

## Arbeidsforholdene påvirker behandlingen

Rammene for faglig samarbeid og organisering av helsepersonell påvirker etiske hensyn og lovverk, og vil igjen kunne influere på den direkte pasientbehandlingen og omsorgsutøvelsen (9).

Tilfredsstillende rammer for faglige og etiske diskusjoner og god koordinering av tjenesten kan gi hjemmetjenesten høyere status blant sykepleiere i kommunen (10). Dette kan igjen styrke faglig og etisk praksis i kommunehelsetjenesten.

## Samarbeid sikrer god omsorg

I tillegg viser Davies og medarbeidere sine funn at samarbeidskompetanse er viktig for å sikre verdighet i behandling og omsorg (10).

Kunnskap om organisatoriske faktorer og hvordan disse påvirker verdier og normer i hjemmetjenesten kan forbedre omsorgsutøvelsen til pasientene (9). Etisk systematisk refleksjonsarbeid kan bidra til bedre å forstå hvorfor etiske prinsipper ikke blir fulgt (9). Når ledelsen har kjennskap til og legger til rette for faglige, tverrfaglige diskusjoner kan dette stimulere til felles mål i pasientarbeidet (6).

## **En snuoperasjon er nødvendig**

I kapittel 4 i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (11) står det blant annet: «Sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid [..., og] ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar [...]» «Dersom interessekonflikter oppstår mellom kolleger skal hensynet til pasientens liv, helse og vilje prioriteres.» Det fremgår i kapittel 5.4 at: «Sykepleieren melder fra eller varsler når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette.» (11).

Som ekspertsykepleier samarbeider kreftkoordinatoren med pasienter og pårørende i alle faser ut fra omsorgs- og pliktetisk perspektiv, klinisk skjønn og med stor grad av fleksibilitet. Det gir trygghet, forutsigbarhet og tillit for pasienten, de pårørende og aktuelle samarbeidspartnere. Disse egenskapene og verdiene kan dessverre kollidere i møte med begrensede retningslinjer og rammer i virksomheten for øvrig og føre til moralsk stress, utbrenthet og høy turnover.

**«En bevissthet om faglige og etiske idealer er ikke nok for å sikre forsvarlig hjemmesykepleietjeneste.»**

Har prioriteringsetikken og omsorgsetikken noe å tilføre hverandre, slik at de blir mer anvendbare i sykepleierens kliniske hverdag? Etter min oppfatning må prioriteringsetikken åpne opp for et individuelt menneskelig skjønn og omsorgsbehov, og omsorgsetikken må bidra slik at nødvendige standarder for forsvarlig omsorg for pasienter sikres.

En bevissthet om faglige og etiske idealer er altså ikke nok for å sikre forsvarlig hjemmesykepleietjeneste for alvorlig syke i tiden fremover. Samarbeids-, fag- og etisk refleksjonskompetanse må aktiveres og implementeres i praksis. En tillitsbasert faglig og etisk snuoperasjon i kommunens helse- og omsorgstjeneste må nå igangsettes.

## Referanser

1. Lie NEK, Hauken MA, Solvang PK. Providing coordinated cancer care – A qualitative study of Norwegian cancer coordinators' experiences of their role. *Cancer Nursing*. 2018;41(6):463–72.
2. Lie NEK, Solvang PK, Hauken MA. From challenges to resources: A qualitative study of cancer coordinators' experiences of barriers and facilitators to enacting their system-focused tasks. *Cancer Nursing*. 2018;42(5):345–54.
3. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 03.01.2020).
4. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 11.11.2019).
5. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing ethics*. 2012;19(4):479–87.

6. Storaker A, Nåden D, Sæteren B. From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. *Nursing ethics*. 2017;24(5):556–68.
7. Lamiani G, Borghi L, Argentera P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*. 2015;28:1–17.
8. McPherson K, Headrick L, Moss F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Qual Health Care*. 2001;10:46–53.
9. Dreyer A, Førde R, Nordtvedt P. Ethical decisionmaking in nursing homes: Influence of organizational factors. *Nursing Ethics*. 2011;18(4):514–25.
10. Davies HT, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Qual Health Care*. 2000;9(2):111–19.
11. NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 03.01.2020).