

Klinisk etikk-komite – Lovisenberg Diakonale Sykehus

ÅRSMELDING 2021

A. Bakgrunn og mandat for Klinisk etikk-komité (KEK) Lovisenberg

KEK Lovisenberg ble opprettet og oppnevnt av adm dir i oktober 2004. Komiteen fokuserer på de etiske implikasjoner ved sykehusets kliniske virksomhet og bidrar til å øke etisk bevissthet, refleksjon og kompetanse i sykehuset.

KEK skal

- være et kvalifisert og tverrfaglig forum hvor klinikere, i forkant eller etterkant, kan drøfte etiske problemer fra klinisk praksis (kasusdiskusjoner). Metoden vil være strukturerte samtaler som kan tydeliggjøre klinikerens valgmuligheter og etiske implikasjoner av mulige løsninger.
- bidra til å øke evnen til å identifisere, analysere og løse klinisk etiske problemer i sykehuset generelt. Dette kan for eksempel skje gjennom temamøter / seminarer for sykehusets ansatte.
- ha oppmerksomhet rettet mot sammenhengen mellom etikk og prioriteringer.
- bidra til bevisstgjøring om ansattes atferd og holdninger overfor pasienter, pårørende, samarbeidspartnere og kollegaer.
-

Sammensetning pr 31.12.2021

Navn	Profesjon	Stilling
<i>Leder</i> Jan Petter Odden	Lege	Fagdirektør
Bjørn Magne Eggen	Lege	Spesialrådgiver
<i>Sekretær</i> Eirik Os	Sykehusprest	Hovedprest
Marcus Lund Frølich	Lege	Overlege Klinikk for medisin
Suzanne Børretzen	Psykologspesialist	Seksjonsleder Nic Waals Institutt
Morten Magelssen	Lege/førsteamanuensis (fagetiker)	SME/ekstern
Liv Sofie Vartdal	Lege	Overlege Klinikk for kirurgi
Pamela Åsten	Logoped	TAKO senteret
Aud Johanne Jarvall	Psykologspesialist	Lovisenberg DPS
Tonje Østvold Byhre	Psykologspesialist	Klinikk psykisk helsevern
Trine Sortland Triumf	Sykepleier	Ledende spesialsykepleier m/fagansvar Klinikk for medisin
Katrine Rutledal	Brukerrepresentant	Brukerutvalget

B. Arbeidsform og aktivitet og kompetanseutvikling

KEK hadde 5 ordinære møter og 3 hastemøter i 2021.

I tillegg deltatt på kurs og seminarer i regi av Senter for medisinsk etikk, UiO. En deltok på SMEs innføringskurs og 4 deltok helt eller delvis på SMEs Høstseminar på Soria Moria hvor en av våre saker ble presentert som case og til diskusjon

KEK har ansvar for fagformidling i sykehuset gjennom halvdagsseminarer og fredagsmøter. I 2021 har det ikke blitt avholdt store fellessamlinger i sykehuset med KEK- relatert tematikk

1. Undervisning og forelesning i etikk, etikkrefleksjon, SME modell

Medlem av KEK underviser 2x2,5 timer i LIS utdanningsprogrammet. Tema er klinisk etikk, KEK arbeid og casedrøfting etter SME metoden

Medlem av KEK underviste om Etikk og verdier. Etikkrefleksjon og KEKarbeid for:

- Medisinsk poliklinikk: Kreft, Blodsykdommer og Lindring (KBL)
- Klinikk psykisk helsevern, Kvalitetsutvalget
- SengepostKlinikk psykisk helsevern
- Sykepleiere ved medisinske poster 6, 7 og 8 i 2 omganger
- TAKOsenterets undervisning for bachelorstudenter i Tannpleie ved Odontologisk fakultet
- HR avdelingen
- Lederutdanningen ved sykehuset i regi av HR

2. Klinisk etiske saker til behandling

KEK mottok 6 klinisk etiske saker til behandling i 2021 hvorav 3 var hastesaker. Av de 6 sakene, er det en sak som ble drøftet 2 ganger, så egentlig bare 5 enkeltsaker:

1. Henvendelse fra FACT team, Distriktpsykiatrisk senter. Teamet har psykiatrisk oppfølging av pasienten.

Teamet har økende bekymring for pasientens somatiske helse og oppnår ikke tilfredsstillende kontakt med pasienten fordi pasienten ikke ønsker kontakt med teamet. Det er bekymring for livskvalitet og livslengde pga den *somatiske* tilstanden. Teamet er også usikre på hva pårørende vet om tilstanden og hvordan de kan ivaretas uten å bryte taushetsplikt.

Oppsummert dilemma fra teamet:

Vi trenger innspill på hvilke faktorer vi kan være oppmerksom på på veien fremover for å både sikre relevant helsehjelp men samtidig respektere pasientens tydelig ønske om å ikke ha kontakt med oss.

Henvendelsen ble behandlet i ekstraordinært KEK møte med innsender og det ble gitt avklarende råd om reetablering av kontakt med pasienten mht den somatiske helsetilstand og gjerne med bistand fra fastlege og bydel

2. Henvendelse fra medisinsk klinikk om avmagret pasient som nekter nedleggelse av nasogastisk sonde.

Henvendelsen ble behandlet i KEK med bl a Klinisk Ernæringsfysiolog tilstede og med følgende problemstilling:

*Er pasienten samtykkekompetent ved alvorlig avmagring og Anorexia nervosa i sykehistorien?
Er det «lov» å dø av sult i en høy alder?*

Det framkom i presentasjonen ut over den skriftlige presentasjonen, at dette svært ofte er en problemstilling Kliniske Ernæringsfysiologer møter i klinikk. Det oppstår konfliktfylte situasjoner når det anses behandlingsmessig livsnødvendig å legge ned nasogastrisk sonde for tilførsel av ernæring. Hvis pasienten seponerer sonden og nekter videre behandling med sondeernæring blir det i de vanskelige tilfellene utfordrende å forstå pasientens begrunnelse. Om det er motstand mot sonde i seg selv eller motstand mot ernæring.

Det ble vurdert i denne saken at begrunnelsen for bruk av tvang ved etablering av nasogastrisk sonde, var svak og at dette støttes av at pasienten ble vurdert samtykkekompetent ved tilsyn av psykiater.

Opp mot dette stilles spørsmålet om man kan se bort fra at en så lav BMI også vil kunne påvirke den kognitive kapasiteten og pasientens evne til å foreta et kvalifisert informert og begrunnet valg om å avslutte eller motsette seg videre ernæring.

(I drøftingen ble det her også vist til Høyesteretts behandling av forholdet mellom «anorektisk drive» og psykoselidelse ved begrunnelse for bruk av tvang ved behandling av alvorlig anorexi. Jfr «Helsedirektoratet Nasjonal faglig retningslinje, Spiseforstyrrelse Kap 16.3. Tvunget psykisk helsevern. Underpunkt om Hovedvilkår om alvorlig sinnslidelse»)

KEKs sammenfatning:

Vurdering av samtykkekompetanse ser ut til å være det sentrale i saken og vil ofte være komplisert. Bare det faktum at det er nødvendig å foreta en grundig vurdering bekrefter at kommunikasjonen med pasienten skjer med en rekke elementer av usikkerhet. Det er gjort et samvittighetsfullt og klinisk etisk bevisst arbeid i denne saken for å finne samarbeidskanaler med pasienten til pasientens beste og forsøke å etablere grunnlag for bruk av tvang.

Spørsmålet som ble stilt av innsender om man prinsipielt kan anse at pasient med så lav BMI har kognitiv kapasitet til å bli vurdert samtykkekompetent, ble ikke drøftet prinsipielt som et forhold for seg. Samtykkekompetanse må vurderes i det enkelte tilfellet og i den enkelte kliniske situasjonen. Det er allikevel utfordrende å stille spørsmålet når motstand mot ernæring også kommer fra en pasient med lang anorektisk sykehistorie.

Vurdering av samtykkekompetanse er komplisert, men er allikevel tillagt den som yter helsehjelp og som en vurdering i situasjonen og i forhold til den konkrete problemstillingen. Det er forståelig at man ønsker bistand fra annen faggruppe, men psykiatrisk tilsyn fra ekstern behandler vil kunne tenkes å bli et tilsyn knyttet til suicidalitet/psykose og behov for psykiatrisk helsehjelp. Det kan allikevel være en faglig støtte når pasientens evne til å forstå rekkevidden av å motsette seg behandling skal vurderes. Det er naturlig at den endelige konklusjon tas av den som yter helsehjelp.

KEK viser til det komplekse og avgjørende i denne saken i vurdering av samtykkekompetanse og vil gjerne vise til veiledning og prinsipper ved slik vurdering utarbeidet i klinisk etiske miljøer og med henvisning til ressurser i Senter for Medisinsk etikk.

Saken belyser verdien av at ulike faggrupper i det tverrfaglige arbeidet kan reflektere ulikt de klinisk etiske dilemmaene til beste for pasienten. Det gjelder både vurderingen av å få etablert nødvendig helsehjelp og i vurderingen av grunnlag for tvang.

Saken belyser også det komplekse når samtykkekompetanse skal vurderes i situasjonen og ikke som en tilstand av «kronisk ikke-samtykkekompetent».

Vi viser til ressurser i dette arbeide:

- Nettkurs om vurdering av samtykkekompetanse. Laget spesielt for psykiatri. Nyttig også for de som jobber i somatikken.

<http://meddev.uio.no/elaring/fag/etikk/samtykke/index.shtml>

3. Henvendelse fra FACTteam, Distriktpsikiatrisk senter.

Pasienten følges opp av teamet for sin psykiske helsetilstand, men har en stor og alvorlig somatisk tilstand. Rusmisbruk og manglende evne til å samarbeide om ivaretagelse av de somatiske utfordringene, forsterker alvorligheten i tilstanden. Ved innleggelse i psykiatrisk klinikk, kan den somatiske tilstanden behandles og ivaretas, men det blir komplisert ved utskriving og ambulant oppfølging når pasienten ikke samarbeider om somatisk behandlingsstrategi.

Den psykososiale tilstanden er konfliktfylt for pas og politiet involveres ofte i forbindelse med uro og småkriminalitet. Svært mange instanser, fra bemannet bolig, politi, ambulant DPSteam, somatisk akuttmottak, psykiatrisk klinikk, ambulansetjeneste, legevakt involveres sporadisk uten å få til et konsistent samarbeid med pas om de somatiske utfordringene. Pas involverer selv til stadighet, både legevakt og ambulanse.

Teamet opplever å stå i en etisk krevende vurdering av behandlingsstrategi og valg av behandlingsnivå. Det etiske dilemma kan formuleres som:

Bør det etableres mer langvarig behandling for å unngå en eskalerende alvorlig og fatal utvikling av somatisk tilstand når gjentatte og ressurskrevende tiltak har vært forsøkt og som pasienten gjennomgående ikke har villet eller kunnet nyttiggjøre seg? Dilemmaet kan drøftes som et prioriteringsdilemma med avveining av forholdet mellom ressursbruk, nytte og tilstandens alvorlighet ved valg av behandlingsnivå og –strategi

KEKs første behandling av saken ga ikke noen avklarende konklusjon, men ga støtte til å vurdere ressursbruk og prioriteringer opp mot nytte og alvorlighet. KEK inviterte til nytt møte etter noen måneder.

I nytt møte møtte innsendere og representanter fra bemannet bolig. Politi og medisinsk akuttmottak var også invitert, men måtte melde forfall. I første møte handlet det om å sikre grunnlag for prioriteringsvurderinger av ressursbruk opp mot nytte og alvorlighet. I dette andre møte var det mulig å bygge videre på prioriteringsdilemmaet og fokusere mer på det palliative framfor det kurative; å sørge for best mulig omsorg og lindring for å bedre livskvalitet. Det var nyttig å introdusere lindringsaspektet i psykisk helsevern, noe som ofte kan virke mer krevende enn i somatikk hvor prognoser og tilstand kan være mer tydelig og definert. Som et perspektiv i lindrende intervensjon, vil etablering av lindrende team ved sykehuset være hensiktsmessig. Dessuten vil det være hensiktsmessig med avklarende og samhandlende strategi fra alle de instanser som er involvert permanent og de som involveres av pasienten sporadisk.

4. Henvendelse fra medisinsk klinikk

Dette var et hasteoppdrag og 2 fra KEK møtte innsender. Pasient er ferdigbehandlet for sin lidelse, men nekter å la seg utskrive. Innsender benyttet KEK representanter til å drøfte og skaffe seg reflektert grunnlag for å gjennomføre planlagt utskriving

5. Henvendelse fra medisinsk intensivavdeling

Dette var et hasteoppdrag og 2 fra KEK møtte behandlere.

Pasienten har massiv hjertesvikt med en rekke innleggelser i medisinsk klinikk og medisinsk intensivavdeling siste 6 måneder. Har blitt flyttet gjentatte ganger mellom medisinsk post og intensivpost. Det er besluttet å ikke tilby respiratorbehandling. Spørsmålet nå er om man også skal avslutte gjentatte flyttinger mellom medisinsk sengepost og intensivpost.

Behandlere fikk gjennom drøftingen støtte på at tiden er inne for mer palliativt fokus og ikke gjentatte flyttinger til intensivavdeling når det ikke har den ønskede nytte.

3. Koronapandemien

Ved pandemiutbruddet tidlig 2020, kom det forespørsel til KEK fra medisinsk klinikk om å ha tilgang til rask bistand ved medisinsk etisk vanskelige prioriteringsbeslutninger. KEK besluttet å organisere 3 team med mulighet for å respondere raskt på henvendelser.

Det oppsto ikke så krevende prioriteringsdilemmaer knyttet til scenarier med kapasitetsproblemer ved intensivavdeling som ville kreve bistand fra KEK. Det var imidlertid en riktig avgjørelse å etablere slike team fordi det ga klinikerne trygghet for å få beslutningsstøtte hvis man sto overfor komplekse prioriteringsdilemmaer.

Det samme behovet ble aktuelt ved årsslutt 2021 og det ble løst ved at 3 av medlemmene i KEK var disponible for samme problematikk og kunne bistå ganske raskt. Det var ingen etterspørsel og de akutte behovene for KEKbistand knyttet til prioriteringsdilemmaer ved C-19 pasienter, var ikke tilstede

C. Rammebetingelser - ressurser

Sykehuset dekker utgifter knyttet til KEKs arbeid.

Det er ingen frikjøp av hverken leder eller sekretær.

KEKs sekretær oppgaver tillegges den sykehusprest som til enhver tid er medlem av KEK.