

Klinisk etikk-komité

 rsmelding for 2014

KEK ved Sørlandet sykehus har i 2014 hatt følgende sammensetning:

Pål Friis, leder.	Overlege i geriatri ved medisinsk avdeling i Kristiansand
Terje Mesel, sekretær	F�rsteamenueensis ved UiA, forsker ved Sørlandet sykehus.
Hilde Østerholt	Psykiatrisk sykepleier i Arendal
Astrid Helene Liavaag	Overlege i Gyn/Obst i Arendal
Hans Joachim Hauss	Overlege i kirurgi i Kristiansand
Olav S�vik	Overlege i anestesi i Kristiansand
Lillian Grønsund	Sykepleier i kreft og palliasjon i Flekkefjord
Silje Aasland	Psykologspesialist i Flekkefjord
Lise Kristiansen	Brukerutvalget

Klinisk etikk-komité arbeider på to m ter. Komiteen deltar i møter med ulike kliniske miljøer og andre hvor etiske spørsmål blir tatt opp. Komiteen svarer på spørsmål som reises fra kliniske miljøer eller andre. Disse svarene kan variere fra muntlige diskusjoner med komitéleder til større systematiske etiske drøftinger med tilhørende litteratursøk. Komiteen forsøker å svare opp for de behov sp rsm lsstillerne har med henblikk på hast og grundighet. Det settes opp en møteplan med månedlige to-timers m ter. Hvis ikke det er innkommet saker avlyses møtet. Hvis KEKs uttalelse lar seg anonymisere legges den ut på sykehusets intranettside, på KEKs sider og noen ganger også som nyhetssak.

KEKs sekretær Terje Mesel gav høsten 2014 ut boka *Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten*. Komiteen har i derfor brukt bokas tema i møter med de kliniske miljøene i 2014. Terje Mesel har presentert fortellingene og sine drøftinger i en lang rekke m ter i sykehuset. Særlig har vi ment at temaet egner seg for drøftinger i lokale kliniske miljøer. Hvordan nødvendig ansvarstaging og evne til å påta seg skyld ikke bør havne i skamfølelse avhenger i stor grad det kollegiale klima helsearbeideren virker i. Til syvende og sist er det også et sentralt spørsmål for pasientsikkerheten.

Terje Mesel har foredratt og innledet til diskusjon i 17 m ter innenfor Sørlandet sykehus. Komit leder har vært med på et mindre antall av disse.

4 medlemmer fra komiteen deltok på landskonferansen i Oslo. Det ble lagt fram en kasuistikk fra Sørlandet sykehus og Terje Mesel foredro fra sin bok. Mesel har hatt en rekke slike foredrag i fora utenfor sykehuset.

KEK har i 2014 behandlet følgende saker i samlet komité og skrevet uttalelser.

Lindrende sedering.

Senter for kreftbehandling og intensivavdelingen hadde en ung pasient med uhelbredelig kreft og ulidelige smerter tross optimal konvensjonell smertebehandling, eksperimentell behandling og psykologhjelp. Behandlerne besluttet å etterkomme pasientens ønske om lindrende sedering. KEK ble bedt om å behandle saken for å sikre alle sider ved beslutningen. Komiteen gav sin støtte til klinikernes avgjørelse.

Like etterpå kom den reviderte utgaven av retningslinjer for lindrende sedering på høring. På bakgrunn av de ferske erfaringer gav KEK en uttalelse med kritiske merknader til to aspekter ved retningslinjene.

1. I retningslinjene heter det at lindrende sedering kun er aktuelt der pasienten er dødende, forstått som få dager igjen å leve. Det var ikke tilfelle med pasienten på vårt sykehus. KEK mente at utsiktene til flere ukers fortsatt liv med uutholdelige smerter og uten utsikter til bedring nettopp styrker behovet for å ty til lindrende sedering som siste utvei.
2. I retningslinjene heter det at pasienter som drikker selv fram til sedering skal ha intravenøs væske under sederingen. Hensikten er å sikre at sederingen ikke framskynder døden. Derved blir skillet til aktiv dødshjelp tydeligere. KEK mente at det ikke burde kreves intravenøs væske. Vi ønsket en åpen formulering om dette og en formulering som la stor vekt på pasientens ønske. Lindrende sedering er en behandling som på mange områder kan bidra til forkorting av pasienters liv. I tillegg til manglende væskeinntak mister pasienten evne til å innta næring, til muskelaktivitet, til å hoste opp sekret fra luftveiene og til naturlig vannlating. I en ordinær narkose settes det inn forebyggende behandling for å minimere sjansen for komplikasjoner og hvis de oppstår setter man inn behandling. Lindrende sedering er en behandling som skal holde pasienten sedert og derved godt symptomlindret til døden inntreffer. Behandlingstiltak som kun har som hensikt å forlenge denne livsfasen er ikke meningsfulle.

KEK ved Sørlandet sykehus sine innvendinger ble ikke tatt hensyn til da retningslinjene ble endelig vedtatt.

Livforlengende behandling med respirator.

Familien til en pasient var uenig med ansvarlige behandleres beslutning om ikke å legge pasienten på respirator hvis det oppsto livstruende pustesvikt. De ønsket en fornyet vurdering. KEKs leder og sekretær møtte familien og hadde en lengre samtale. Vi tilbød å drøfte saken i KEK. Familien opplevde likevel ikke KEK som tilstrekkelig uavhengig av behandlere på sykehuset og bad heller om fornyet vurdering ved annet sykehus. Saken ble da ikke drøftet i samlet komité.

Livsforlengende behandling med antibiotika.

En pasient hadde en uhelbredelig hjernesvult og en forventet at pustefunksjonen ville svikte. Det var bestemt ikke å legge pasienten på respirator. Denne bestemmelsen nådde ikke fram til et annet sykehus og pasienten ble likevel lagt på respirator. Det ble også startet antibiotikabehandling. Behandlerne mente antibiotikabehandling bare ville forlenge et liv med betydelige plagsomme symptomer uten utsikter til bedring. Pasienten kunne ikke selv reflektere eller kommunisere. De pårørende var i sterk tvil og trengte tid. KEK gav støtte til at pasientens beste, slik fagfolk forsto det, måtte ha forrang og at pårørendes behov ikke måtte føre til forlenget lidelse. En måtte legge stor tyngde i å overbevise familien om at det som ble gjort var til pasientens beste.

Livsforlengende behandling med antibiotika.

En pasient var fullt pleietrengende, uten språk og med begrenset evne til kommunikasjon. Det siste året hadde pasienten mistet evnen til å delta i aktiviteter som tidligere hadde gitt glede. Fastlege og sykehusleger var enige om å fortsette ernæring med PEG-sonde, men ikke gi intravenøs antibiotika på sykehus ved neste infeksjon. Pasienten hadde ikke verge eller familie. Saken ble behandlet av KEK ved at leder skrev et tilsvar som ble behandlet av KEK-medlemmene via eposten. Etter KEKs syn var det snakk om å finne riktig framgangsmåte. Da er det avgjørende å definere hvem som var berørt. I dette tilfellet var personalet på den institusjonen pasienten levde kanskje de nærmeste, og burde involveres i diskusjonen om pasientens beste.

KEK skrev at det er vanskelig å tenke seg en mer vergeløs pasient. Han er helt avhengig av helsepersonells vern. Det er både et vern om hans liv, som er så annerledes enn vårt, og et vern mot hensiktsløs behandling som forlenger lidelse og ikke har noe verdi for ham. Skal avgjørelser ha god kvalitet må en involvere de mest berørte og ha en prosess som er åpen for usikkerhet, undring og ulike synspunkter og bruker tid nok til at synspunkter modnes og de sterkest berørte er komfortable med den avgjørelse som tas.

Tuashetsplikt og barn som pårørende.

En pasient var alene med to små barn. Hun hadde uhelbredelig kreft, men ville ikke at barna skulle bli informert om hennes tilstand. Behandlerne respekterte hennes ønske, men fant det vanskelig også å ivareta barna i denne situasjonen.

KEK pekte på at norsk helsejuss gir foreldrene rett til å uttrykke barnas beste fordi de er best i stand til det. Dette må gjelde også der behandlere er uenig i foreldrenes syn. Det går imidlertid en grense der barna lider overlast på grunn av foreldrenes holdninger. Da må samfunnet gripe inn. Men helsepersonells første forpliktelse er likevel fortsatt pasienten. Det er andre instanser som er satt til å sikre barn, først og fremst barnevernet. Hvis en mener barn lider overlast skal barnevernet varsles uhindret av taushetsplikten. Det betyr ikke at man for øvrig kan være lemfeldig med taushetsplikten eller være usannferdig i forhold til det man har sagt og gjort. Respekt for taushetsplikten bidrar til tillitsforhold til pasienten som danner grunnlag for at helsevesenet kan være en god hjelper. God hjelp til pasienten kan også bety god ivaretagelse av barna.

Aborterte fostre.

Kirkevergen ønske å innføre en enklere ordning for overføring av aborterte fostre mellom uke 12 og uke 22 i tråd med det Helsetilsynets *Retningslinjer for håndtering av aborterte fostre IK-9/2001* gir anledning til. Fostrene kan oppbevares på sykehuset i 6 måneder før de sendes til felles kremasjon. KEK anbefalte følgende rutine:

1. Aborterte fostre oppbevares på egnet sted i identitetsmerkede fosterkister. Hvis mor/pårørende ikke ønsker å ta noen avgjørelse i forhold til fosteret overbringes fostrene i fosterkister til gravferdsmyndighetene for kremasjon hver andre måned.
2. Det brukes gravferdsbyrå til oversendelsene.

Profesjonsrolle og barmhjertighetens grenser.

En utenlandsk statsborger på turistvisum i Norge ble innlagt på sykehus og fødte sitt barn før termin. Det viste seg at hun ikke hadde tilstrekkelige midler til livsopphold. Flere av de ansatte følte at man burde hjelpe henne. Saken reiste to prinsipielle spørsmål som ble drøftet:

1. Hvor bør skillet gå mellom helsepersonellens profesjonelle rolle og deres rolle som privatpersoner?

Etter KEK sin oppfatning har helsepersonell en forpliktelse ut fra sitt samfunnsmandat som gir føringer for hvilke tjenester man skal tilby som profesjonell. At man utover det bistår en pasient i enkelte saker for å få ting til å gli uten unødige byråkratiske og prinsipielle hindringer, er positivt. Men organiserte støtteaksjoner for pasienter, slik som kronerulling, er imidlertid etter vår oppfatning utenfor samfunnsmandatet og bør ikke foregå på arbeidsplassen.

2. Begrenser helsepersonells profesjonelle rolle deres handlingsrom som privatpersoner?

Det er et stort gode at man lar seg berøre av mennesker som er i en mindre heldig situasjon enn man selv er. Moralsk sensibilitet er viktig både profesjonelt og privat. I privatlivet er også helsepersonellet fri til å organisere og delta i støtteaksjoner, også til mennesker man har blitt kjent med i rollen som helsepersonell slik som i denne saken. Det er imidlertid ikke gitt at dette kan gjøres gjeldende i alle situasjoner. Det kan være forhold knyttet til pasient eller helsearbeider som gjør at den rolle og den kunnskap man har som profesjonell, gir begrensinger for hva man som privatperson bør engasjere seg i forhold til. Det er imidlertid en grense som bør gås opp i det enkelte tilfelle.

KEKs økonomi og arbeidsbetingelser.

Komiteens sekretær er lønnet i 20 % stilling. Det er en nødvendig forutsetning for arbeidet. Sykehuset får tilbake en arbeidsmengde som klart overgår 20 % stilling. Det påligger også

komitéleder ganske mye arbeid. Ingen komitémedlemmer har noen tilrettelegging i forhold til deres kliniske forpliktelser. Det kan gi problemer med å samle komiteen.

KEK på Sørlandet sykehus har ikke eget budsjett. Det er ikke noe problem så lenge våre beskjedne utgifter kan belastes fagdirektøren.

KEKs sammensetning.

I en sykehusorganisasjon som Sørlandet med tre somatiske sykehus og en rekke psykiatriske institusjoner er det mange hensyn å ta for at komiteen skal bli mest mulig synlig og representativ i organisasjonen. Det er langt flere ønsker om representasjon og kompetanse enn det det er plass til. Skal møteavviklingen bli effektiv må ikke komiteen være for stor. Det bør ikke være særlig flere enn dagens 9 medlemmer. Det må være god kontinuitet. Systematisk etikkarbeid må også læres. Ved utskiftinger kan en endre representativitet og derved over tid få større deler av organisasjonen med.

KEK ved Sørlandet sykehus i 2015

Vi vil fortsatt ha skam, skyld og ansvar som tema. KEK inviterer seg inn i ulike kliniske miljøer for å starte en diskusjon om deres holdninger og beredskap på disse temaene. Det er stor etterspørsel etter slike møter.

Rådgivning og de etiske drøftinger vil fortsette i samme spor.