

Klinisk etikk-komité

 rsmelding for 2015

KEK ved Sørlandet sykehus har i 2015 hatt følgende sammensetning:

P�l Friis, leder.	Overlege i geriatri ved medisinsk avdeling i Kristiansand
Terje Mesel, sekret�r	F�rsteamenueensis ved UiA og forsker ved S�rlandet sykehus
Hilde �sterholt	Psykiatrisk sykepleier i Arendal
Astrid Helene Liavaag	Overlege og forsker ved Gyn/Obst i Arendal
Hans Joachim Hauss	Overlege i kirurgi i Kristiansand
Olav S�vik	Overlege i anestesi i Kristiansand
Lillian Gr�nsund	Sykepleier i kreft og palliasjon i Flekkefjord
Lise Kristiansen	Brukerutvalget
Niclas Halvorsen	Overlege i psykiatri i Kristiansand
Mari Haavig Schibstad	Lege under spesialisering ved medisinsk avdeling i Arendal
Marianne K Bahus	Advokat og f�rsteamenueensis ved UiA

Klinisk etikk-komité arbeider på to m ter. Komiteen underviser og deltar i møter med ulike kliniske miljøer og andre hvor etiske spørsmål blir tatt opp. Og 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 lstillerne har med henblikk på hast og grundighet. Det settes opp en møteplan med månedlige to-timers m ter. Hvis KEKs uttalelse lar seg anonymisere legges den ut på sykehusets intranettside, på KEKs sider og noen ganger også som nyhetssak. KEK har en faglig forankring i Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Også i år presenterte Sørlandet sykehus en kasuistikk på det  rlige høstmøtet for landets kliniske etikk-komiteer.

Det er KEKs leder og sekretær som har stått for undervisning i klinisk etikk ved sykehuset. Komiteens leder publiserte en artikkel om forh ndsamtaler med geriatriske pasienter i 2015. Dette temaet har v ert etterspurt fra en rekke kliniske miljøer. Det er fortsatt svært stor etterspørsel etter temaene som komiteens sekretær tok opp i sin bok "Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten." utgitt i 2014. KEKs leder har hatt 22 foredrag i 2015, halvparten eksterne. Sekretæren har hatt 30 foredrag på sykehuset og 23 eksterne.

Klinisk etikk-komite har i 2015 avgitt følgende 9 rådgivende uttalelser:

Skal pasientene som hovedregel få tilsendt epikrise og polikliniske notater?

Noen avdelinger har hatt denne ordningen helt fra 2002. Nå hadde sykehusledelsen bestemt at ordningen skulle innføres i hele sykehuset. Hvis ikke annet spesifikt er bestemt av behandler skal pasienten få tilsendt kopi av epikrise og polikliniske notater. Disse dokumentene er laget for fastleger og annet helsepersonell som har ansvar for oppfølging av pasientene. Leger ved Gyn/obst-avdeling i Arendal mente dette ikke var noen god ordning og fremmet saken for KEK.

KEK støtter ordningen med at kopi av epikrise og poliklinikknotat sendes til pasientene. Dette supplerer øvrig pasientinformasjon, styrker åpenhet og tillit og bidrar til at pasienten selv settes i stand til å ta de beslutninger som er best for en. Utskrivende lege må vurdere hver utsending slik at pasientene som ikke ønsker slik informasjon, eller som kan ta skade av det, ikke påtvinges noe de ikke vil eller skal ha. Forutsetningen for at ordningen er et gode for pasientene er at de er godt informert under oppholdet og ved utskrivning gjennom muntlig og helst også skriftlig informasjon direkte til dem. Det er også en forutsetning at epikrisen er god. KEK tror den epikrise som er god for fastlegen også oftest vil gi pasienten nyttig innsikt.

Cellegift etter eget ønske

En pasient hadde uhelbredelig kreft og fikk cellegift for å forlenge livet. I begynnelsen var det god virkning av behandlingen. Svulsten ble mindre. Etter hvert måtte dosene reduseres på grunn av cellegiftens uheldige påvirkning på blodbildet. Til slutt økte svulsten igjen på tross av cellegift. Denne behandlingen ble da avsluttet. Det ble senere igjen gjort et forsøk på ny behandling. Denne måtte oppgis på grunn av uheldig leverpåvirkning.

Senere henvendte pasienten og familien seg igjen og bad om oppstart av cellegiftbehandling igjen i håp om å oppnå noe livsforlengende effekt. Behandlende lege sa først nei, slik behandling ville sannsynligvis skade mer enn gavne. Etter diskusjon i kollegiet gikk en med på å gi en sterkt redusert dose, 15 %.

Etter drøfting fant Klinisk etikk-komite ikke å kunne støtte denne beslutningen. Komiteen mente at pasienten bare tilsynelatende fikk sin vilje igjennom. Den lave dose som var nødvendig for ikke å påføre skade hadde heller ingen mulighet for å gi den gunstige effekt pasienten håpet på.

Senter for kreftbehandling er uenig i KEK sin konklusjon. Subjektivt opplevt nytte av en behandling er en etablert indikasjon i palliativ medisin. SFK mener KEK med sitt syn ikke aksepterer pasientens egen erfaring av at cellegiften var nyttig for henne. Denne erfaringen var bakgrunn for hennes ønske om å starte cellegift på ny.

Rituell omskjæring av guttebarn

Saken ble reist fra Gyn/fødeavdelingen i Arendal. Bør Sørlandet sykehus tilby rituell omskjæring av guttebarn? Regjeringen hadde bestemt at fra 01.01.15 skal de regionale helseforetak sørge for at det ble gitt slike tilbud i deres region. KEK diskuterte ikke denne beslutningen, men drøftet hvordan helsepersonell skulle forholde seg når dette statlige pålegg er gitt. KEKs konklusjon er at rituell omskjæring er medisinsk sett kontraindisert og det utføres på barn uten evne til selv å ta stilling til spørsmålet: For mange helsearbeidere vil slik praksis bryte med sentrale verdier i deres yrkesetikk. Disse verdiene veier for mange tyngre enn hensynet til foreldre som ønsker å innlemme guttebarn i deres religiøse og kulturelle tradisjon. Helsearbeidere som ser det slik bør ikke bli pålagt å utføre rituell omskjæring.

Behandlere og sosiale medier

Saken ble reist fra avdeling for førstegangpsykosier. I likhet med andre med eller psykiatriske pasienter seg på ulike sosiale medier slik som blogger, Facebook og Twitter. Kan og skal behandlere søke informasjon om sine pasienter på slike kanaler? KEK har ikke etiske motforestillinger til at behandlere leser det deres pasienter har lagt ut på åpne sosiale medier. Det er antagelig til styrke for tillitten om man tar opp dette spørsmålet og som ledd i behandlingskontrakten sier fra om hvorvidt, i hvilken grad og hvilke sosiale medier terapeuter følger med i.

Pasient med hjerneskade og den fromme mor.

En pasient hadde en alvorlig hjerneskade etter et selvmordforsøk. Han var etter alt å dømme i en vegetativ tilstand, uten erkjennelse av egen eksistens og uten sanseintrykk. Han ble omsorgsfullt pleiet av sin mor. I motsetning til hva andre opplever føler moren at hun har kontakt med ham. Mor er dypt religiøs. Hun ser det som er skjedd som en prøvelse gitt av Gud og ser ikke bort fra at Gud en dag vil gjøre sønnen frisk igjen. Hun ønsker full behandlingsinnsats, om så med respirator hvis det er nødvendig. Behandlere mener det må være riktig å begrense behandlingsinnsatsen. KEK peker på at pasienten er den førsteberørte. Både hensynet til pasientens beste og hensynet til hva vi antar ville vært pasientens ønske tilsier begrensning i livsoppholdene behandling, for eksempel respirator. Mor har tilsynelatende kommet i den førsteberørtes posisjon. Behandling av pasienten etter hva vi antar er til beste og i tråd med vilje risikerer å komme i direkte konflikt med sentrale verdier for mor. En må fastholde at det er pasientens beste og vilje som er rettesnor for behandling. Da vil det kreve ekstra innsats for å ivareta mor. Det kan være at autoriteter fra hennes trossamfunn kan bidra. De tre abrahamittiske religioner har ganske sammenfallende syn på etikken om begrensning av behandling.

En pasient som nekter behandling og kontakt med sykehuset

En pasient henvendte seg sykehusledelsen med en klage. Det viste seg at pasienten var henvist til universitetssykehus for videre behandling av kreft. Pasienten ønsket ikke videre behandling, var ikke interessert i videre kontakt med sykehuset og nektet sykehuset å kontakte fastlegen. Klinikksjefen bad KEK om råd. En samtykkekompetent pasient er i sin fulle rett til å nekte behandling. Hvis det ikke er journalopplysninger fra tidligere som tilsier at pasienten mangler samtykkekompetanse må sykehuset godta pasientens vilje. Hvis det er tvil om en pasient er samtykkekompetent må en anta at pasienten er kompetent. Når pasienter gjør uforståelige valg, eller velger løsninger til skade for seg selv må en anstrenge seg ekstra for å bringe på det rene om pasienten er kognitivt i stand til å ta beslutninger og om de kjenner konsekvensene at de valg de tar. Men selv om det er sviktende samtykkekompetanse og derved lovhjemmel for behandling mot pasientens vilje, vil tvangsbehandling i praksis ofte være umulig å gjennomføre. I dette tilfellet anbefaler KEK sykehuset å skrive et brev der de understreker pasientens rett til selv å bestemme, informerer om konsekvensen at å si nei til behandling på universitetssykehus og forsikrer pasienten at hvis han ønsker vil han få nødvendig sykehusbehandling senere.

Profesjonsetikk på fritida

Avdelingsleder og overlege på anesthesiavdelingen i Arendal henvendte seg. En pasient hadde bedt om å få behandling med intravenøs infusjon av bikarbonat for uhelbredelig kreft. Pasienten hadde sagt nei til tilbud om livsforlengende og lindrende behandling på sykehuset. Bikarbonatbehandlingen er instituert av en italiener som er fratatt legelisensen i Italia og Nederland. Det skal ha vært dødsfall etter behandling han har instituert. Det viste seg at den aktuelle pasienten allerede hadde fått bikarbonatinfusjoner. Hun hadde fått hjelp til dette av helsepersonell på fritida, dels kommunalt ansatt, dels sykehusansatte.

KEK drøftet saken på et overordnet, prinsipielt plan. Komiteen uttaler at det ikke gjelder andre yrkesetiske regler for helsepersonells i fritid enn på jobb. Pasienten kan ikke fritta helsepersonell fra kravet til forsvarlighet. Hjelper man til med å skaffe intravenøs tilgang er man som helsepersonell også i fritida ansvarlig for pasientens sikkerhet og pasientens beste. Hvorvidt sykehuset har noe med hva sine ansatte gjør i fritida beror imidlertid på spørsmålet om sykehusets omdømme. Er dette skadelidende kan sykehuset gripe inn. Ellers er det Fylkesmannen som er tilsynsmyndighet.

Saken fikk senere store avisoppslag. KEK sin drøfting, med sin prinsipielle distanse, var til mindre hjelp i den konkrete situasjonen: Burde avdelingsleder/overlege reagere overfor sin underordnede når han vikk vite om hjelpen pasienten hadde fått? Hva hadde vært riktig reaksjon? Burde Fylkeslegen blitt varslet?

Smittevern. Kan sykehuset kreve undersøkelse for MRSA?

Saken ble reist av smittevernoverlegen ved sykehuset. Innvandrere er pålagt tvungen undersøkelse med henblikk på tuberkulose. Sykehuset har krevd at disse på forhånd

undersøkes med henblikk på MRSA. De kommunale smittevernoverlegene Aavitsland og Haarr har i et brev bestridt at denne praksis har smittevern faglig belegg, at den gir en mulighet for stigmatisering av en gruppe og at den kan føre til dårligere oppslutning om obligatorisk tuberkulose test. I sitt framlegg for komiteen var sykehusets smittevernoverlege langt på vei på linje med de kommunale smittevernansvarlige. Sykehusets krav syntes å være begrunnet i beskyttelse av ansatte laboratoriepersonell.

KEK mente at den smittevern faglige argumentasjon fra Aavitsland og Haarr virket solid og at en generell etisk drøfting hadde lite å tilføre denne diskusjonen.

Et for tidlig født barn med trisomi 18

Saken ble reist av overlege ved barneavdelingen i Kristiansand. Et prematurt barn ble som vanlig lagt på respirator. Etter hvert viste det seg at barnet hadde en alvorlig genfeil, en trisomi 18. Barn med trisomi 18 har varierende grad av utviklingsdefekter. Halvparten dør i nyfødtp perioden og de fleste innen et år. Mange av de som lever videre har betydelig psykomotorisk retardasjon. En mindre andel lever lenger, med mindre uttalte defekter.

Det aktuelle barnet hadde vært på respirator to ganger. Det var påvist en alvorlig hjertefeil som senere ville kreve en større operasjon for å kunne leve videre. Situasjonen var nå stabil og virket fredfull. Men hva skulle man gjøre om barnet igjen ble respiratortrengende?

KEK mente man på ett eller annet tidspunkt burde sette grense for ny livforlengende behandlingsinnsats. Komiteen tok ikke stilling til om det var riktig å sette denne avgrensingen allerede nå, men åpnet for at dette kunne være tidspunktet. Det vesentlige er å legge til rette for at familien sammen får en verdig livsavslutning med barnet