

Er drøftingen av pasientsaker i kliniske etikk-komiteer nyttig?

Prosjektoppgave i medisin

Guro Kalager

Kull V-05

Universitetet i Oslo

2010

ABSTRACT

Background: Today all Norwegian hospital trusts have at least one clinical ethics committee (CEC). Part of their mandate is to give advice and guide hospital clinicians in ethically challenging situations. We wanted to find out if clinicians who had used CEC in situations regarding individual patients found it useful and worthwhile doing.

Material and methods: The local CECs were asked to forward a questionnaire to all clinicians who had discussed an individual patient case in a CEC during the foregoing 18 months. The survey was anonymous. 43 out of 86 questionnaires (50 %) were returned.

Results: Most clinicians gave several reasons for contacting CEC, most common was the wish to get a broad discussion of the case. They found the deliberation to be very useful in this case. Ethical challenges related to foregoing of medical treatment for seriously ill patients (56%), relative`s will (40%) and patient autonomy (37%) were most frequently discussed. CEC gave an advice in 50% of the cases, and 38% of the deliberations had practical consequences, for example foregoing of medical treatment in six cases.

Interpretation: CEC discussions influence complicated decision-making processes. The committee-work is mostly evaluated as useful, and the deliberations often have practical consequences. A future challenge is to make CEC well known among clinicians and secure good quality.

INNLEDNING

Kliniske etikk-komiteer (KEK) er tverrfaglig sammensatte komiteer med klinisk kompetanse og kompetanse i klinisk medisinsk etikk (1). Helse- og omsorgsdepartementet besluttet i 2003 at alle helseforetak skal ha minst en etikk-komitè. Det er per 01.01.2009 etablert 38 slike i Norge.

KEK skal bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk, samt bidra til grundig og systematisk håndtering av etiske problemstillinger (1). Dette skjer blant annet gjennom drøftinger av etiske problemer, gjennom seminarer for ansatte og ved utvikling av retningslinjer.

KEK har ingen beslutningsmyndighet, men er ment å være en beslutningsstøtte i klinikken. KEK skal være et fora der klinikere og andre berørte parter kan få drøftet konkrete klinisk etiske problemer prospektivt eller retrospektivt. De kan også gi råd om hvordan slike problemer kan løses (1).

Seksjon for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo har fått ansvaret for nasjonal koordinering, fagutvikling og kvalitetssikring av komiteenes arbeid. Kvalitetssikring av arbeidet er særlig viktig dersom KEK får en formell eller uformell rolle i alvorlige beslutningsprosesser, for eksempel om livsforlengende behandling bør fortsette eller ikke. Lokale KEKer i helseforetakene var for eksempel sentrale aktører under utarbeidelsen av veilederen for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Denne er anbefalt brukt i spesielt utfordrende saker (2).

I 2004 ble det gjennomført et nasjonalt kvalitetssikringsprosjekt, der både komitèmedlemmer og helsepersonell som hadde henvendt seg til KEK med en pasientsak ble intervjuet (3-6). Alle klinikerne gav uttrykk for at det hadde vært meningsfylt, men flere sa samtidig at terskelen for å søke KEK er høy. I noen tilfeller ble det opplevd som et slags angiveri at kollegaer henvendte seg til KEK (4). Andre hevdet imidlertid at det var et tegn på faglig trygghet at man kunne innrømme usikkerhet og behov for å få et blikk utenfra på en vanskelig sak. Klinikerne verdsatte systematikk og grundighet i drøftingene.

KEK selv ønsket flere henvendelser og mente det var behov for å bli bedre kjent (4-6).

Siden 2004 har mange komiteer fått mer erfaring i å drøfte etiske problemer knyttet til enkeltpasienter. Våren 2007 forelå også en manual for arbeidet i klinisk etikk-komitè utarbeidet av SME (7). Manualen er et forsøk på å kvalitetssikre og standardisere arbeidet i KEK. Den er basert på internasjonale erfaringer med KEK-arbeid og funnene fra evalueringen i 2004.

Evaluering av KEKs arbeid er etterlyst fra flere hold (8). Men hvordan arbeidet med klinisk etikk skal evalueres er ikke noe enkelt spørsmål (8-10). Hvordan måles økt etisk bevissthet blant helsepersonell, og hvordan måles gode holdninger og gode beslutninger? Den delen av arbeidet til KEK som trolig er viktigst å evaluere er deres drøfting av etiske dilemmaer knyttet til behandling av enkeltpasienter. Her kan svært mye stå på spill! Et viktig kriterium her er om klinikerne som bruker KEK opplever dette

som nyttig og om drøftingen har fått konsekvenser. Denne undersøkelsen har som intensjon å samle positive og negative erfaringer fra klinikere som har brukt KEK i drøfting av enkeltsaker.

MATERIALE OG METODE

I mai 2008 sendte SME en oppfordring til alle landets etikkomiteer om å videreformidle et tilsendt spørreskjema til alle klinikere som hadde lagt fram saker for KEK etter 1. januar 2007. Undersøkelsen var anonym. Klinikere som besvarte undersøkelsen skulle kunne gjøre dette uten frykt for at kritiske svar kunne bli tilbakeført til de lokale KEKene og egne kolleger. Kritiske kommentarer og innspill ble ansett for å være spesielt verdifulle. Klinikere sendte derfor spørreskjemaet direkte til SME. For å få oversikt over svarprosenten, ble hver enkelt KEK bedt om å gi tilbakemelding til SME på hvor mange skjemaer de hadde delt ut.

Skjemaet inneholdt spørsmål (totalt 27) om hvorfor KEK ble kontaktet, hvor godt forberedt klinikere følte seg til drøftingen, selve drøftingsprosessen, hvilke etiske problemer drøftingen handlet om, ventetid, dokumentasjonsrutiner, utfall av drøftingen og spørsmål om hvor nyttig de vurderte drøftingen. Noen av spørsmålene var åpne eller inkluderte plass til kommentarer.

Skjemaet bygget på 2004-undersøkelsen og på internasjonale erfaringer (11). Det ble purret én gang.

RESULTATER

20 etikk-komiteer oppgav å ha videreformidlet 86 spørreskjemaer. 43 skjemaer ble returnert til SME (50 %). Ikke alle spørsmålene var besvart i alle skjemaene. 17 av komiteene videreformidlet ingen skjemaer.

Hvem kontakter KEK?

54 % (23) av dem som hadde henvendt seg til KEK var leger, 35% (15) var sykepleiere og 5% (2) psykologer. 7 % (3) oppgav å ha en annen profesjon. 5% (2) av drøftingene hadde KEK-medlemmer selv initiert .

Tabell 1 gir en oversikt over hvilke avdelinger pasientene som ble drøftet i KEK tilhørte.

51% (20) av sakene ble drøftet før en beslutning var tatt (prospektivt), mens 49% (19) ble drøftet etter at beslutningen var tatt (retrospektivt).

Tabell 1 Hvilken avdeling tilhørte pasienten som ble drøftet i KEK? (n=43)

Psykiatrisk avdeling	28% (12)
Medisinsk-/nevrologisk avdeling	23% (10)
Intensiv avdeling	14% (6)
Gynekologisk-, kirurgisk-, onkologisk avdeling	14% (6)
Nyfødt-/barneavdeling	12% (5)
Annet	9% (4)

Hvorfor ble KEK kontaktet?

Tabell 2 viser hvilke etiske problemer som ble definert under drøftingene. De tre hyppigste var etiske utfordringer knyttet til behandlingsbegrensning av alvorlig syk, pårørendes vilje / ønske og pasientautonomi.

Tabell 2 Hvilke etiske problemer ble definert under drøftingen? (n=43)

Behandlingsbegrensning av alvorlig syk	56% (24)
Pårørendes vilje/ ønske	40% (17)
Pasientautonomi	37% (16)
Tvang mot pasient	21% (9)
Prioritering/ ressurser	19% (8)
Informasjon/ kommunikasjon	19% (8)
Taushetsplikt	14% (6)
Etiske problemer knyttet til reproduksjon	12% (5)
Annet	14% (6)

Nesten alle som kontaktet KEK oppgav at det var flere årsaker til henvendelsen (tabell 3). 70% (30) svarte at de ønsket en bred drøfting av saken, mens 58% (25) ønsket et ”blikk utenfra”. Flere kommenterte at drøftingen hadde belyst sakens kompleksitet og gitt et bredere grunnlag for beslutningsprosessen. En lege kommenterte at ”Det var veldig bra å få synsvinkler fra så mange. Behagelig atmosfære under drøftingen som tillot alle meninger.”

51% (22) kontaktet KEK for å få råd om beslutning, 5 av disse sakene var retrospektive. 37 % (16) ønsket støtte på egen beslutning, blant disse sakene var 6 retrospektive. I retrospektive saker oppgav flere i sine kommentarer at de satte pris på å få støtte og bekreftelse på at de avgjørelsene som ble tatt

var riktige. En opplevde det som godt å få støtte på en beslutning som pårørende hadde vært uenige i. Men vedkommende kommenterer at det var vel så viktig at pårørende ble hørt av en tredje instans uten behandlingsansvar, noe han følte var med på å sikre en mer åpen prosess. En annen lege fikk ikke støtte på egen beslutning: ”Det virket som en slags rettssak hvor jeg skulle stå til rette. Jeg opplevde det som en ekstrem vilje til å følge pasientens vilje, og manglende forståelse for at pasienter ikke alltid vet sitt eget beste.”

58% (25) kontaktet KEK for å være bedre rustet i lignende saker i fremtiden, 15 av disse sakene var retrospektive. 49% (21) ønsket å lære av en vanskelig sak, 12 av disse var retrospektive. En kommenterte at drøftingene var veldig gode læresituasjoner, ”man får aha-opplevelser som er gode å ta med seg videre.” En annen sa det hadde vært lærerikt både faglig og etisk, drøftingen gav svar på mange av spørsmålene han hadde.

9 % (4) kontaktet KEK fordi saken var fastlåst, 12% (5) sa saken var konfliktfylt, 9% (4) ønsket å skape enighet og 21% (9) håpet KEK kunne bidra til å forbedre samarbeid.

Vi spurte også klinikerne om hvor nyttig drøftingen hadde vært i forhold til deres grunner for å kontakte KEK (tabell 3). De ble bedt om å gradere svaret på en skala fra 1 til 5, der 1 var "ikke nyttig" og 5 var "svært nyttig". Drøftingene var særlig nyttige i forhold til å få råd om beslutning (4,1), få en bred drøfting av saken (4,1), få et ”blikk utenfra” (4,1) og for å være bedre rustet i lignende saker i fremtiden (4,1). Dette var også blant de viktigste årsakene klinikerne oppgav til at de kontaktet KEK. KEKs bidrag til å forbedre samarbeid og konflikthåndtering var noe av det klinikerne var minst fornøyd med.

Tabell 3 Årsaker til at klinikerne kontaktet KEK (n=43), samt deres vurdering av hvor nyttig drøftingen var i forhold til deres grunner for å kontakte KEK (1= ikke nyttig, 5= svært nyttig).

	Årsak til at KEK ble kontaktet	Hvor nyttig var drøftingen? (1-5)
Få en bred drøfting av saken	70% (30)	4,1 (n=25)
Klargjøre de etiske utfordringene	61% (26)	3,7 (n=20)
Få et ”blikk utenfra”	58% (25)	4,1 (n=18)
For å være bedre rustet i lignende saker i fremtiden	58% (25)	4,1 (n=19)
Få råd om beslutning	51% (22)	4,1 (n=20)
For å lære av en vanskelig sak	49% (21)	3,9 (n=16)
Få støtte på egen beslutning	37% (16)	3,4 (n=15)
Klargjøre hvilke verdier som stod på spill	23% (10)	3,7 (n=7)
Forbedre samarbeid	21% (9)	2,0 (n=3)
Dele ansvar	16% (7)	3,5 (n=4)

Saken var konfliktfylt	12% (5)	3,3 (n=4)
Skape enighet	9% (4)	4,0 (n=2)
Lære mer om etikk	9% (4)	3,3 (n=4)
Saken var fastlåst	9% (4)	3,3 (n=4)
Annet	12% (5)	3,3 (n=3)

Prosedyrer

73% (30) av respondentene svarte at informasjon om saken ble gitt skriftlig til KEK før saken ble drøftet, 20 % (8) hadde et formøte med folk som kunne gi opplysninger, 20% (8) svarte at alle impliserte var tilstede under drøftingen og to formidlet opplysninger om saken gjennom et intervju på forhånd.

Fra klinikerne henvendte seg til KEK til drøftingen fant sted, så 23% (10) at det gikk få dager, 16 % (7) ventet maks 2 uker, 26 % (11) ventet 2-4 uker, mens 35% (15) ventet mer enn 4 uker. 11 av dem som ventet mer enn 4 uker henvendte seg med en retrospektiv sak.

86 % (37) sa at ventetiden var akseptabel.

Etter drøftingen mottok 77 % (33) et referat. 27 % (8) arkiverte dette i pasientens journal, 27 % (8) nedtegnet konklusjonen i journalen, mens 57 % (17) arkiverte referatet blant egne dokumenter.

Deltagere under drøftingen

76 % (31) av respondentene våre sa at hele / de fleste i KEK deltok under drøftingen, 20 % (8) svarte at noen (2-4) KEK-medlemmer deltok, mens i en av sakene deltok bare ett KEK medlem. En visste ikke hvor mange som hadde deltatt fra komiteen.

63 % (27) av klinikerne hadde selv vært til stede under hele drøftingen. Blant de 15 som ikke var til stede, ville seks gjerne vært det. En kommenterte: ”Jeg kunne også ha bidratt med opplysninger, hvis nødvendig, for å klargjøre saken. Hadde vært ønskelig å drøfte saken med KEK før de behandlet saken.” En annen sa: ”Det ble konkludert på bakgrunn av forsamtale og andres drøfting. De som legger fram saken må få være med under drøftingen.”

Alle klinikerne følte seg godt nok forberedt til drøftingen.

Tabell 4 gir en oversikt over hvilke andre, foruten KEK-medlemmene, som deltok under drøftingen. Ti respondenter mente at også andre burde ha deltatt, blant annet jurist, sosionom, fagspesialist, pasientansvarlig lege og pårørende.

I gjennomsnitt deltok 9,4 personer under drøftingen (4-20).

Tabell 4 Hvilke andre, foruten KEK-medlemmer, deltok under drøftingen? (n=33)

Sykepleier/ pleiepersonale	67% (22)
Leger med relevant fagkompetanse	64% (21)
Avdelingsledelse	33% (11)
Pårørende	15% (5)
En som representerte pasienten	0% (0)
Pasient	0% (0)
Andre	21% (7)

Pasient/ pårørendes deltakelse

Ingen pasienter deltok under drøftingene (tabell 4). Siden relativt mange saker dreier seg om svært syke pasienter uten samtykkekompetanse, er det ofte pårørende som eventuelt må delta. Pårørende deltok i fem av sakene. I en sak var pårørende invitert, men deltok ikke.

Blant de fem klinikerne som hadde hatt med pårørende i drøftingen, sa tre at det hadde vært uproblematisk og positivt. En kommenterte: ”Møtet tydeliggjorde ovenfor foreldrene at barnets situasjon var vanskelig.” En annen sa: ”Godt å vise at hele pasienten var tydelig i fokus.”

Alle fem følte de kunne snakke fritt og at det faglige hadde blitt tydeliggjort godt nok.

Selv om pårørende deltok, var det ingen klinikere som svarte at dette hadde ført til at nye og viktige opplysninger hadde kommet fram. En følte imidlertid at konfliktene hadde hemmet den etiske drøftingen og at møtet hadde ført til økende konfliktnivå med pårørende.

Utfall

Av de 42 som besvarte dette spørsmålet, sa 50 % (21) at KEK hadde gitt et entydig råd. Blant annet ble fire rådet til å avstå fra/ avslutte videre behandling, to av rådene gjaldt bruk av tvang, mens to klinikere fikk råd om å søke second opinion eller fylkeslege.

12 klinikere (31 %) følte det kom noe nytt fram under drøftingen, blant annet prinsipper for behandling av lignende saker i fremtiden. En skrev at drøftingen klargjorde sakens etiske og juridiske implikasjoner. I en annen sak ville KEK ta med seg noen av konklusjonene videre til avdelingsledelsen.

15 klinikere (38%) oppgav at drøftingen fikk praktiske følger. I seks av disse tilfellene førte drøftingen til at man avstod fra videre behandling eller behandlingsavslutning. En annen skriver at drøftingen fikk praktiske følger i den forstand at etiske hensyn ble bedre ivaretatt i etterkant. En annen sier han fikk større forståelse for kompleksiteten i saken.

Kun to besvarte spørsmålet om hvorfor den endelige beslutningen eventuelt ble annerledes enn konklusjonene i KEK. De sa at både hensyn til pårørende, uenighet i behandlingsteamet, press fra advokater/ media og at nye opplysninger kom fram spilte med.

Andre kommentarer

En kommenterte: ”KEK er en VELDIG fjern gruppe som ikke synes i hverdagen.” En annen skrev: ”Tror KEK kan bli bedre kjent. Kan sikkert brukes i langt større utstrekning. Min erfaring var en viss overraskelse over hvordan og hvor bra KEK jobbet. Stå på!” En kliniker kommenterte at: ”Potensialet ligger først og fremst i at vi som behandler pasienten i større grad kan be om bistand fra KEK. Da jeg foreslo det i dette tilfellet, var alle positive til forslaget, men ingen andre hadde tenkt på det.”

Andre kommenterer at KEK må være ”lettvin”, det vil si lett tilgjengelig, kort ventetid og mulighet for å legge en sak muntlig frem for KEK. En etterlyste mer strukturerte møter.

Det kom også flere innspill på hvordan KEK burde være sammensatt og hvem som burde være tilstede under drøftingen. En kommenterte at det viktigste er ”engasjerte og kunnskapsrike medlemmer. Må ikke være en formalitet, men en engasjert arbeidsgruppe.” En annen savnet flere ledere og fagdirektør, samt fagetiker. En mente at KEK burde utsette saken hvis sentrale personer ikke kunne møte.

Et par stykker kommenterte at KEK burde følge opp sakene de drøfter en tid i etterkant. Da kunne man for eksempel registrere utfallet, eventuelt gjenoppta saken. En sa at konklusjonene i KEK burde føre til visse forpliktelser.

DISKUSJON

Det er flere årsaker til at det er viktig å evaluere KEK. Arbeidet skal være et troverdig tilbud som kan bidra til bedre pasientbehandling og tilpasses brukernes behov i størst mulig grad. Tilbudet må også evalueres for å rettfærdiggjøre ressursbruk.

I denne studien har vi henvendt oss til helsepersonell som har lagt fram enkeltsaker for KEK. Pasient- og pårørendeperspektivet mangler. Studier foretatt i andre land har vist at helsepersonell ofte er mer tilfredse med drøftinger av vanskelige saker i KEK enn pasient og pårørende (12-14). Denne diskrepansen er det viktig å forstå. Det er positivt at helsepersonell opplever KEK som nyttig, og det er å håpe at arbeidet gjennom dette også sikrer at pasientens beste ivaretas. Men tilfredse klinikere og enighet med dem er ikke de eneste kvalitetsindikatorerne. KEK-drøftingen kan være vel så viktig også i tilfeller der klinikerne ikke får full støtte på alt de har tenkt.

Hvem bør delta i drøftingen?

Dette spørsmålet finnes det ikke noe fasitsvar på, de norske komiteene arbeider forskjellig. Det ene ytterpunktet er at drøftingen i KEK foregår bak lukkede dører basert på informasjon innhentet på forhånd. Motsatt kan man tenke seg at alle impliserte parter, inkludert pasient, eller pasientens representant er invitert til å delta under drøftingen (7).

Vi finner at det ikke er rutine å invitere alle involverte parter til drøftingen. Ingen pasienter deltok, og pårørende deltok kun i 15 % av sakene. Vi vet ikke om dette er for å skåne dem for informasjon som kan skape engstelse, eller bekymring for at deres tilstedeværelse vil legge lokk på diskusjoner av vanskelige medisinske og etiske spørsmål (7). Men svært mange etikk-komiteer oppfatter helsepersonell som sin primære målgruppe.

Kommunikasjonsproblemer og konflikt står ofte sentralt når klinikere opplever en sak som etisk utfordrende (7, 12). Ved konflikt eller uenighet bør ikke en part representere den andre partens syn. Dette taler for å involvere pasient, pårørende eller annen som representerer pasienten, særlig i

prospektive saker. I retrospektive saker, hvor læringsperspektivet for de ansatte er mer sentralt, er det ikke like viktig at pasienten er representert direkte eller indirekte. Men KEK må alltid sørge for at pasientens og pårørendes perspektiv blir tilstrekkelig belyst og vektlagt. Vi tror at deres deltagelse vil kunne bidra til at de får en større forståelse for sakens kompleksitet, og også gi dem trygghet for at de blir tatt alvorlig. Et kompromiss kan være at pasient / pårørende er tilstede under deler av drøftingen for å legge frem sin sak (7).

Til tross for lav deltagelse av pårørende, er det oppmuntrende at klinikerne stort sett opplevde det som uproblematisk og positivt å ha dem med i drøftingen. En KEK som rutinemessig inviterer pasient / pårørende i drøftingen har god erfaring med dette (14).

Blant klinikere som ikke deltok i drøftingen var det flere som skulle ønske at de var invitert. "Under mange etiske dilemma ligger det usikkerhet og uenighet knyttet til fakta. Dette vil ofte først avsløres når saken drøftes med alle berørte parter, relevant ekspertise og ved hjelp av komiteens tverrfaglighet" (7). Deltagelse av alle parter kan også bidra til en bedret dialog.

Lavterskel tilbud

Undersøkelsen i 2004 viste at mange komiteer sliter med å få enkeltsaker (5, 6). Undersøkelsen nå tyder fortsatt på at KEK er et ukjent tilbud for mange, til tross for at mange av komiteene har eksistert i flere år. Det er derfor en kontinuerlig utfordring for komiteene å bli bedre kjent på sykehuset. Studier har vist at det er en høy terskel i den medisinske kulturen for å drøfte problemer med utenforstående, og mange klinikere er redd for kritikk (5, 6). KEK bør være et lavterskel tilbud og ikke komiteer for moralisme og prektighet (7).

For mange travle klinikere er det viktig at tilgjengeligheten til KEKs tjenester sikres. Et element av dette er at ventetid fra henvendelse til drøftingen finner sted er kortest mulig. Undersøkelsen vår viste at 35 % ventet mer enn fire uker, men at dette stort sett gjaldt retrospektive saker. Ventetiden kan skyldes at noen av komiteene kun møtes en gang i måneden, men også at komiteene bruker tid på forberedelse til drøftingene. Likevel oppgir 86 % at ventetiden var akseptabel. Komiteene bør sikre tid til disposisjon for saker som haster (7).

Foreberedelse til drøftinger av enkeltsaker er viktig. Medlemmene bør kunne forberede seg og nødvendig ekspertise innhentes/konfereres med, for eksempel en fornyet medisinsk vurdering eller en utredning av mulig smerteopplevelse. Komiteens leder bestemmer ofte hvordan drøftingen av saken skal legges opp.

KEK har tidligere fått kritikk for å mangle prosedyrer, og at drøftingene mangler tilstrekkelig struktur (5). Få har kommentert dette i denne undersøkelsen. 77 % mottok referat etter drøftingen, etter vår mening bør alle motta referat. Dette krever selvsagt ressurser, men referat sikrer åpenhet og innsyn.

Utfall og nytte

Et viktig spørsmål er hva som avgjør om KEK oppfattes som nyttig. Er komiteene kun nyttige i saker der de gir et entydig råd? Undersøkelsen vår viste at KEK hadde gitt et entydig råd i halvparten av sakene. Var da den andre halvparten av drøftingene mindre nyttige? Vår undersøkelse tyder på at svaret er nei. Klinikere oppgav at vanligste årsak til at de kontaktet KEK var ønsket om å få en bred drøfting av saken. Sakene som drøftes i etikkomiteene er ofte svært komplekse, og det er ikke alltid mulig å peke på den eneste rette/ beste løsningen. Flere handlingsalternativer kan være aktuelle, alle med sine fordeler og ulemper. I siste instans er det behandlingsansvarlig lege som må fatte en beslutning, men drøftingen i KEK kan gjøre vedkommende bedre i stand til å ta denne beslutningen

ved å belyse de etiske sidene av en kompleks sak på best mulig måte. Det er derfor gledelig å se at respondentene mener drøftingen var meget nyttig nettopp i forhold til å drøfte saken bredt.

Undersøkelsen viser også at drøftingene fikk praktiske følger i 38 % (15) av sakene. Seks av disse sakene førte til at man avstod fra videre behandling eller behandlingsavslutning. At KEK-arbeid har innflytelse på klinikere i alvorlige beslutningsprosesser, understreker behovet for å kvalitetssikre arbeidet.

Denne undersøkelsen viser også at psykiatrien etterspør komiteenes tjenester. 12 av 43 pasienter tilhørte en psykiatrisk avdeling. Tvangsbehandling og pasientautonomi er særlig viktige problemstillinger innenfor dette fagområdet. Det er viktig at KEKene også har evnen til å behandle psykiatriske problemstillinger på en tilfredsstillende måte. Noen psykiatriske sykehus har etablert egne etikkomiteer.

Undersøkelsen vår har flere begrensninger. Siden studien kun inkluderer helsepersonell, bør pasient / pårørendes opplevelser av KEKs drøftinger utforskes senere.

Videre er studiematerialet lite, og vi har en svarprosent på 50 %. En forklaring kan være at travle klinikere vegrer seg for utfylling av spørreskjema. Vi vet ikke hvor mange saker komiteene har drøftet totalt i denne perioden, og hvorfor så mange komiteer ikke har videreformidlet skjemaer. At undersøkelsen ble satt i gang like før sommerferien, kan ha vært uheldig. Vi kan derfor ikke være sikre på om respondentene våre er representative for klinikerne som har benyttet KEK og om resultatene lar seg generalisere. Studien kan betraktes som en pilotstudie for mer systematiske og representative undersøkelser.

Konklusjon

Undersøkelsen tyder på at helsepersonell som har benyttet KEK i enkeltsaker synes det var nyttig. Flere internasjonale studier viser det samme (12-13, 15-16). En viktig utfordring fremover er å få flere klinikere til å benytte seg av dette tilbudet. I en tid der stadig mer blir mulig innenfor medisinen, vil det nødvendigvis også dukke opp flere etiske utfordringer. Etikk- komiteene kan bidra positivt i slike saker, både ved å sikre at alle involverte parter blir hørt og for å belyse alle sakens sider. Slik kan KEK bidra til å gjøre klinikere bedre rustet til å ta etisk akseptable beslutninger, som til slutt er til pasientenes beste.

LITTERATUR

1. Hva er kliniske etikk-komiteer? Oslo: Seksjon for medisinsk etikk, UiO, 2008.
http://www.med.uio.no/iasam/sme/kek/hva_er_KEK/ (01.12.09)
2. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/nasjonal_veileder_for_beslutningsprosesser_f_or_begrensning_av_livsforlengende_behandling_hos_alvorlig_syke_og_d_ende_400374 (20.12.09)
3. Pedersen R, Førde R. Hva gjør de kliniske etikkomiteene? Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 3127-9.
4. Pedersen R, Akre V, Førde R. What is happening during case deliberations in clinical ethics committees? A pilot study. J Med Ethics 2009; 35: 147-52.
5. Førde R, Pedersen R, Akre V. Clinicians`evaluation of clinical ethics consultations in Norway: a qualitative study. Med Health Care Philos 2008; 11 (1): 17-25.
6. Pedersen R, Akre V, Førde R. Barriers and challenges in clinical ethics consultations: the experiences of nine clinical ethics committees. Bioethics 2009; 23: 460-9.
7. Manual for arbeidet i klinisk etikk-komitè. Oslo: Seksjon for medisinsk etikk, UiO, 2007.
http://www.med.uio.no/iasam/sme/kek/retningslinjer/Manual_310507.pdf (02.12.09)
8. Williamson L. Empirical assessments of clinical ethics services: implications for clinical ethics committees. Clin Ethics 2007; 2: 187-92.
9. Craig JM, May T. Evaluating the outcomes of ethics consultation. J Clin Ethics 2006; 17: 168-80.
10. Pfafflin M, Kobert K, Reiter-Theil S. Evaluating clinical ethics consultation: a European perspective. Camb Q Healthc Ethics 2009; 18: 406-19.
11. Fletcher JC, Siegler M. What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. J Clin Ethics 1996; 7: 122-6.
12. McClung JA, Kamer RS, DeLuca M et al. Evaluation of a medical ethics consultation service: opinions of patients and health care providers. Am J Med 1996; 2: 456-60.
13. Yen BM, Schneiderman LJ. Impact of pediatric ethics consultations on patients, families, social workers and physicians. J Perinatol 1999; 19: 373-8.
14. Førde R, Hansen TWR. Involving patients and relatives in a Norwegian clinical ethics committee: what have we learned? Clin Ethics 2009; 4: 121-30.
15. Cohn F, Goodman-Crews P, Rudman W et al. Proactive ethics consultation in the ICU: a comparison of value perceived by healthcare professionals and recipients. J Clin Ethics 2007; 18: 140-7.
16. Perkins HS, Saathoff BS. Impact of medical ethics consultations on physicians: an exploratory study. Am J Med 1988; 85: 761-5.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Alle helseforetak har i dag minst en klinisk etikk-komité (KEK). Disse skal blant annet gi råd og veilede sykehusets ansatte i etiske problemstillinger. Vi ønsket, som et ledd i kvalitetssikring av arbeidet, å finne ut om klinikere som har brukt KEK i enkeltsaker opplevde det som nyttig og meningsfylt.

Materiale og metode: De lokale KEKene ble bedt om å videredistribuere et spørreskjema til alle klinikerne som hadde benyttet KEK i løpet de siste 18 månedene. Undersøkelsen var anonym. 43 av 86 spørreskjemaer (50 %) ble besvart.

Resultater: De fleste klinikerne kontaktet KEK av flere årsaker, vanligst var ønsket om en bred drøfting av saken (70 %). Drøftingen ble vurdert som meget nyttig i forhold til dette. Hyppigste definerte etiske problemstillinger var behandlingsbegrensning av alvorlig syk (56 %), pårørendes vilje/ønske (40%) og pasientautonomi (37%). KEK gav råd i 50 % av sakene, og 38 % av drøftingene fikk praktiske følger, blant annet i seks tilfeller av behandlingsavslutning.

Fortolkning: KEK har innflytelse i alvorlige beslutningsprosesser. Komiteenes arbeid blir stort sett vurdert som nyttig, og drøftingene får ofte praktiske konsekvenser. Det er en utfordring å gjøre arbeidet kjent blant klinikere og å kvalitetssikre arbeidet.