



Etablering af Klinisk Etisk Komite for Psykiatrien i Region Syddanmark

Indledning

2

Baggrund

3

Etiske instanser i det danske sundhedsvæsen

5

Hvorfor oprette en Klinisk Etisk Komite for Psykiatrien i Region Syddanmark?

8

Den kliniske etik

8

Værdigrundlag

10

Hvad skal en Klinisk Etisk Komite?

11

Hvem kan være medlemmer af en Klinisk Etisk Komite?

14

Komiteens synlighed

15

Afsluttende perspektiv

16

Kilder

18

Indledning

Siden begyndelsen af 1990'erne har lande verden over etableret etiske fora med en lokal forankring i de enkelte sundhedsområder. Det overordnede formål er at kvalificere og understøtte den etiske refleksion og det etiske beslutningsgrundlag for det kliniske personale, på tværs af hele organisationen.

Målet er at opnå større sikkerhed og tilfredshed, både blandt medarbejdere og patienter, når der skal træffes vanskelige beslutninger af etisk karakter. Det er medvirkende til at sikre kvaliteten i pleje- og behandlingsmæssige afgørelser, da patientens sag, gennem en etisk analyse, belyses fra så mange sider og vinkler som muligt, inden der træffes beslutning.

Derfor har Psykiatridirektøren nedsat en arbejdsgruppe, med henblik på at oprette en tværfaglig **Klinisk Etisk Komite for psykiatrien i Region Syddanmark**.

Arbejdsgruppen består af psykiatridirektør Agnete Philipsen (formand), sygeplejefagligdirektør Ole Rytto, sygeplejerske og tillidsrepræsentant samt næstformand i psykiatriens fælles medudvalg Line Gessø Hansen, jurist Ulla Wernberg-Møller, psykiatristaben og sygeplejerske og cand. mag. i idehistorie Anne Marie Enderlein.

Oprettelsen af en Klinisk Etisk Komite er en ny konstruktion inden for psykiatrien i Danmark. Ideen bygger på den antagelse, at der i det kliniske arbejde med mennesker, der kan være indlagt imod deres vilje, måske har begået kriminalitet eller er stigmatiserede på den ene eller anden måde, løbende opstår etiske dilemmaer. Her kan der være behov for et sparringsrum og for implementering af etiske analyse modeller, der kan kvalificere de beslutninger, der nødvendigvis må træffes i det kliniske arbejde. Denne antagelse bygger dels på erfaringer fra udlandet, dels på henvendelser fra medarbejdere, der har givet udtryk for at mangle et rum for en bredere etisk refleksion.

Derudover skal komiteen understøtte de værdier, psykiatrien bygger på: Respekt,

Faglighed og Ansvar. En Klinisk Etisk Komite er en naturlig forlængelse af arbejdet med værdier, fordi etikken grunder i værdier.

Komiteen skal primært bestå af personer, der har en nær tilknytning til klinikken og samtidig har interesse for og besidder faglig etisk kompetence.

Denne rapport er udarbejdet med henblik på at etablere og konsolidere gruppens arbejde og fremme debatten om den kliniske etik.

Litteratursøgning i forbindelse med dette projekt er søgt i følgende videnskabelige databaser: PubMed, EMBASE, CINAHL og PsychInfo. Dette er suppleret med praktiske erfaringer fra den Kliniske Etiske Komite ved Ålborg Sygehus samt undersøgelser af, hvordan Kliniske Etiske Komiteer er struktureret i først og fremmest Norge.

Baggrund

Etiske refleksioner er, og har altid været, en del af den daglige praksis indenfor det medicinske og sundhedsmæssige område. Man kan derfor spørge, hvad baggrunden så er for at ville oprette en formel Klinisk Etisk Komite?

Kliniske Etiske Komiteer er et fænomen der opstod i USA i midten af 70'erne. Den primære funktion for disse var, at de skulle være et sted, hvor uoverensstemmelse mellem patientønsker og lægelige forslag kunne gennemreflekteres for at undgå at ende i en retssag. De Kliniske Etiske Komiteer opstod altså i starten for at løse en konflikt mellem den medicinske autoritet og patientens ret til at forsvare egne interesser og ønsker. Dette udviklede sig gradvist, da klinikerne, specielt lægerne, fandt ud af, at det hjalp med til at afklare situationer og tage moralsk acceptable beslutninger.

Europæiske lande fulgte USA's eksempel, og i dag findes der Kliniske Etiske Komiteer i langt de fleste lande i Europa, samt Canada, Australien og New Zealand. De Kliniske Etiske Komiteer, integreres lokalt ved de enkelte institutioner, som en udenforstående partner i forholdet mellem patient og behandler/ plejepersonale. Etikken betragtes ikke som et specielt område, men snarere som en proces, der fører til en mulig afklaring. og

Ideen med de Kliniske Etske Komiteer er fra starten, at en isoleret kliniker ikke kan trække på alle de kognitive og moralske omstændigheder, der er nødvendige for at træffe en optimal beslutning. Hensigten er derfor at præsentere andre synspunkter og værdier, som, når de bliver konfronteret med klinikerens, kan hjælpe ham/hende, der står overfor en vanskelig beslutning, med at træffe den bedst mulige afgørelse.

Komiteernes grundlæggende funktioner er:

- Rådgivning i kliniske sager, hvor der indgår etiske dilemmaer
- Definere principper i den hensigt at vejlede og uddanne personale, når der træffes etiske beslutninger
- Øge opmærksomheden på etikken indenfor sundhedsområdet

De lokale Kliniske Etske Komiteer, vi finder i udlandet, har ikke en ensartet struktur. Nogle er funderet rent fagligt, andre ledelsesmæssigt og andre lovmæssigt. Men alle giver mulighed for tværfaglige etiske diskussioner og refleksioner.

Den Europæiske Kommission gennemførte i 1998-2001 en undersøgelse over udbredelsen af Kliniske Etske Komiteer i Europa, BIOMED II. Efter evaluering af funktioner og resultater i komiteerne, opfordrer kommissionen til udvikling på området og til at øge den etiske aktivitet på hospitalerne i EU. Det viser sig nemlig, at de Kliniske Etske Komiteer er positivt udviklende for behandlingsmiljøet. Mange steder mener man, at kunne konstatere reduktion i indlæggelsestid og intensiv behandling, og generelt hersker der enighed om, at komitemedlemmerne kan være med til at udrede og skabe forståelse for etiske dilemmaer i hverdagen, og at klinikere, såvel læger som plejepersonale, føler sig hjulpet. I kommissionens undersøgelse adskiller Danmark sig markant fra de lande, vi ellers sammenligner os med, ved ikke at have oprettet denne form for komiteer i det danske sundhedsvæsen.

Siden den europæiske undersøgelse blev foretaget, har der fortsat været en stor udvikling på området. Norge er et eksempel, hvor man er meget langt fremme. Her er

det blevet et lovkrav, at der skal forefindes en Klinisk Etisk Komite på de centrale og regionale sygehuse. I andre lande indgår Kliniske Etske Komiteer som et led i akkrediteringen.

I Danmark søgte Den Almindelige Danske Lægeforening og Dansk Sygeplejeråd i 2006 Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen/Danske Regioner om finansiering til et 2-årigt pilotprojekt, gående ud på at oprette Kliniske Etske Komiteer på fem sygehuse. Det var: Storstrømmens Sygehus, Herlev Sygehus, Skejby Sygehus, Aalborg Sygehus og Odense Universitetshospital. Ministeriet ønskede ikke at være med til at finansiere forslaget hvorefter regionerne også frafaldt.

Enkelte sygehuse har på eget initiativ oprettet en Klinisk Etisk Komite. Frederiksberg Sygehus har siden 2004 haft en, og Aalborg sygehus lancerede en lokal Klinisk Etisk Komite i august 2008. Herudover findes der afdelinger, der har etableret deres egne etiske refleksionsfora. Der findes i dag ikke egentlige Kliniske Etske Komiteer indenfor det psykiatriske område i Danmark.

Etiske instanser i det danske sundhedsvæsen

Selvom der endnu ikke er etableret Kliniske Etske Komiteer på alle sygehuse i Danmark, er der alligevel etiske regler, der gør sig gældende. Der er selvfølgelig skrevne og uskrevne normer for, hvordan vi bør respektere patientens autonomi og værdighed, og vi er underlagt adskillige etiske organer, både internationalt, nationalt, og regionalt, og der stilles sjældent spørgsmål angående deres eksistensberettigelse.

Først og fremmest er vi underlagt FN's Verdenserklæring om Menneskerettigheder. Herudover er der de videnskabetiske komiteer, der er legaliserede ved internationale kodeks, som The Helsinki Declaration fra 1964. De beskæftiger sig med bioetiske overvejelser, hvis formål er at forholde sig til udviklingen indenfor det biomedicinske område. De evaluerer, om undersøgelser overholder og respekterer individets autonomi, værdighed, integritet og forventningen til den helbredende eller forbedrede effekt for det deltagende individ. Psykiatrien er underlagt World Psychiatric Association

(WAP), The Declaration of Hawaii, fra 1977 og 1983, der forholder sig til etiske forhold indenfor det psykiatriske område.

I Danmark har vi på det nationale plan Sundhedsstyrelsen, der udstikker anbefalinger og vejledninger, og kan fratage en sundhedsmedarbejder sin autorisation, hvis de gældende regler overtrædes. Så er der den videnskabsetiske komite, der er ansvarlig for den generelle medicinske forskning, der er Lægemiddelstyrelsen, der er ansvarlig for kontrol og brug af farmaceutiske produkter og medicinske opfindelser. Det etiske råd foranlediger etiske diskussioner relateret til biomedicinske problematikker, og har også nærmere definerede anbefalinger vedrørende det psykiatriske område. Der er også Patientklagenævnet, der varetager patienters klager over sundhedsvæsenet.

Af regionale etiske instanser er der de regionale videnskabsetiske komiteer, der vejledes af den centrale komite, og der er embedslægeinstitutionen, som er med, når der defineres etik på det regionale niveau, og vejleder på vegne af Sundhedsstyrelsen.

De enkelte fagområder har deres egne etiske retningslinjer og kodeks, der definerer de etiske rammer for de enkelte faggrupper. Lægerne har aflagt lægeløftet, hvori den enkelte læge bl.a. lover

”efter bedste skønnede at anvende mine kundskaber...til samfundets og medmenneskers gavn...lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse”

Lægeforeningen har sit eget Lægeetiske Nævn, der er ansvarlig for den professionelle etik, der udøves af læger og formulerer etiske retningslinjer. Herudover er der Lægeforeningens lægeetiske udvalg, der er vigtig for udbredelsen af information vedrørende etiske problemstillinger blandt lægerne.

På samme måde er sygeplejerskerne forpligtede af ”International Council of Nurses’ kodex” for sygeplejersker, der bygger på respekt for menneskerettighederne. Tidligere aflagde sygeplejersker sygeplejeløftet, men dette gled ud i 1979. Danske sygeplejerskers etiske grundlag findes nu i de sygeplejeetiske retningslinjer, der blandt

andet siger at, grundlaget er

”tillid til og respekt for mennesker og bygger på, at det enkelte menneske er unikt men lever i sammenhæng med sine omgivelser. Mennesket skal forstås både i sammenhæng og i den konkrete situation. De etiske værdier kommer til udtryk i relationer mellem mennesker”.

Det vil sige, at vi har at gøre med det direkte menneskelige møde, som enhver kliniker befinder sig i, og det er her den kliniske etik tager sit udgangspunkt.

Sygeplejerskerne har desuden det centrale Sygeplejetiske Råd, som udstikker etiske retningslinier, og som man kan henvende sig til. På lignende måder har andre faggrupper deres etiske organer, der udstikker de etiske rammer.

Ser vi på patientsiden, kan patientvejledere også inddrages i debatten om etisk behandling af patienter.

Med alle de instanser der allerede findes til at regulere det etiske område, kan man med rimelighed spørge, hvorfor det er nødvendigt med endnu et forum, der skal drøfte etiske emner? Man kan argumentere for, at de eksisterende instanser betyder intern selv-regulering, og at det ikke er nødvendigt med særlige lokale Kliniske Etiske Komiteer.

Som nævnt udspiller den kliniske etik sig i mødet mellem patient og behandler eller plejepersonale, og det er her mange etiske overvejelser opstår. Det er op til medarbejderne indbyrdes og i samarbejde med patienterne, at komme overens med de etiske og moralske problemer, som almindelig klinisk praksis medfører. Selvom vi i sundhedsvæsenet er underlagt mange etiske instanser, er der ikke et direkte klinisk integreret forum, hvor den enkelte kliniker kan henvende sig og få tværfaglige aktuelle råd og vejledninger angående etiske dilemmaer.

Hvorfor oprette en Klinisk Etisk Komite for Psykiatrien i Region

Syddanmark?

Den kliniske etik

Den kliniske etik involverer på forskellig vis alle faggrupper, der arbejder i psykiatrien. I psykiatrien, såvel som på alle andre sundhedsområder, er medarbejdernes traditionelle rolle blevet stadig mere kompleks. Patienter er en bredt sammensat gruppe med forskellige udgangspunkter og ønsker. Nogle er i stand til autonomt at foretage kvalificerede valg og fravalg af pleje og behandling, nogle ønsker indflydelse, mens andre ønsker, at beslutningen tages for dem.

Hver enkelt situation er noget særligt, og de nuancer det særlige består i, og som er vigtige for den enkelte patient, kan der ofte ikke lovgives i forhold til. Her skal der en faglig og en etisk vurdering til, som medarbejderne må foretage.

Formålet med en Klinisk Etisk Komite er således at etablere et tværfagligt rum, hvor der er tid til at gennemanalysere og drøfte de etiske aspekter, der måtte være i forhold til den enkelte patient. Det kan være med til at gøre valgets konsekvenser mere overskuelige og samtidig klarlægge det værdigrundlag, hvorpå valget træffes. En gennemreflekteret beslutning betyder større sikkerhed og tilfredshed i professionsudøvelsen og vil være med til at sikre, at patientens tarv varetages på bedst mulig måde.

I klinikken er der ofte to aspekter i spil:

Teknisk sagligt aspekt

Etisk

medmen-neskeligt

aspekt

Begge områder besidder vigtige men komplementære former for viden. Klinikerne har viden om diagnose og behandling, patienten har informationer om sig selv og sin måde at leve livet på, sin motivation for behandling osv.

Ved etablering af en Klinisk Etisk Komite får overvejelser af etisk karakter mulighed for at blive løftet ud af den enkelte klinikers personlige overvejelser og over til et officielt

analyseforum, hvor forskellige vinkler på etisk handling anlægges og drøftes. Der er tid til nuancerede og grundige diskussioner, når vanskelige beslutninger skal tages - tid til etiske overvejelser, der kan bidrage til at forbedre kvaliteten i pleje og behandling.

Tanken er, at personalet trænes i at anvende etiske analyse modeller og herved blive mere bevidste om etikken i handlingen.

Argumenter for at oprette en Klinisk Etisk Komite i ikke-prioriteret rækkefølge er følgende:

- Lettere adgang til råd og vejledning om etiske dilemmaer kan aflaste den enkelte medarbejder, så han/hun ikke står alene med vanskelige beslutninger
- Afklare spørgsmål om, hvad man *bør* gøre, i forhold til det man *kan* gøre og *skal* gøre
- Afklaring af etiske problemer knyttet til ressourceforbrug og prioritering – skisma mellem brugerbehov og ressourcer (omfatter også medarbejdere)
- Afklaring af patientens selvbestemmelse – hvor går grænsen
- Nye pleje- og behandlingsmetoder kræver øget samarbejde mellem medicinske specialer og tværfagligt samarbejde. Det medfører, at der kommer flere meninger i spil, og der opstår lettere usikkerhed og konflikter
- Flere patienter og ansatte med anden kulturel baggrund (forskellige værdigrundlag)
- Patienten har fået flere og klarere rettigheder
- Hvad gør vi, når patientens tillid til helbredelse eller behandlingsmulighed ikke kan honoreres?
- Øget arbejdspress medfører, at flere beslutninger træffes (for) hurtigt
- Kundskaber øges hurtigt og forældes hurtigt – det kræver tid at holde sig fagligt ajour. Dvs. flere tilstande behandles på nye måder, dette øger kompleksiteten i valget af pleje og behandlingsformer – der er færre faste sædvaner
- Effektivitet med kortere indlæggelsestid fører til, at der må foretages vanskelige afvejsninger som f.eks.: hvornår skal der foretrækkes ambulante behandling frem for indlæggelse?

- Kan være et udviklingspotentiale for medarbejderne, så de på sigt opnår større kompetence og erfaring med selv at træffe etisk vanskelige beslutninger
- Endelig kan det medføre, at patienter og pårørende finder større tryghed ved de beslutninger der træffes

Værdigrundlag

Det ligger psykiatrilæden meget på sinde, at alle medarbejdere føler sig godt klædt på til at træffe de vanskelige etiske beslutninger, der dukker op i det kliniske arbejde. Samtidig er det væsentligt, at de etiske værdier, som arbejdet i psykiatrien grunder i (respekt, faglighed og ansvar) giver mening.

Der er allerede fokus på organisationen i psykiatrien som en lærende organisation, hvor det vægtes, at det menneskelige potentiale kommer til udtryk. Man er opmærksom på at, klinisk etik ikke blot omfatter behandler-patientforholdet, men også må forstås som en organisatorisk udfordring. Derfor er ledelsen meget bevidst om nødvendigheden af værdibaseret ledelse og behov for værdier på det højeste plan, men for at værdierne kan gøre sig gældende, må de samtidig indgå som en naturlig del i det kliniske arbejde. Værdierne respekt, faglighed og ansvar er på forskellig vis søgt implementeret i organisationen, og fraværet af en Klinisk Etisk Komite betyder selvfølgelig ikke, at værdierne ikke har været tilgodeset. Omvendt vil en Klinisk Etisk Komite kunne være med til at implementere de værdier, der bygges på, da det etiske grundlag udspringer af værdier.

Fra at være et mere eller mindre fjernt ledelsesværktøj, kan værdierne blive en synlig brugbar del i den kliniske praksis.

Hvad skal en Klinisk Etisk Komite?

En Klinisk Etisk Komite skal støtte og systematisere det tværfaglige behandlingsteams etiske overvejelser. Den skal *ikke* kontrollere og korrigere, og den skal *ikke* være et klageorgan eller være sanktionsbemyndigende. Den skal rådgive i konkrete sager, når der anmodes herom, og det er op til klinikerne, om de vil følge komiteens anvisninger.

Etiske problemer hører sammen med den kliniske virksomhed, ikke med en Klinisk Etisk Komite. Derfor er der kun tale om råd og vejledning – ikke afgørelser. Komiteen skal betragtes som et hjælperedskab, der er direkte møntet på den tværfaglige kliniske hverdag, hvor det altid er klinikerens, der træffer den endelige beslutning.

Komiteen skal kunne analysere og anvise forslag, der kan bidrage til løsning af etiske problemstillinger, der relaterer til pleje og behandling. Den skal supervisere, og ved hjælp af etiske analysemodeller og retningslinjer for håndtering af etiske dilemmaer skal den undervise medarbejderne i identifikation og håndtering af etiske problemstillinger.

Den skal hjælpe klinikerne med at tænke kritisk, konstruktivt og kreativt, og den skal være garant for, at etiske problemstillinger belyses fra så mange perspektiver som muligt. Ved at belyse såvel baggrund som konsekvens af en beslutning eller en handling, kan den være befordrende for, at klinikerens sikkerhed i beslutningstagningen bliver større, og tvivlen reduceres.

Komiteen skal tilbyde hjælp til de overvejelser, der udspringer af den enkelte situation, så overvejelserne bliver mere praksisnære og mellem menneskelige, end lovgivning og faste regler har mulighed for at være. Komiteen kan være med til at fremme samtale og refleksion om etiske problemer og dilemmaer, og kan være med til at udvikle medarbejdernes evne til at foretage kvalificerede etiske analyser gennem en tværfaglig og struktureret arbejdsmetode. Herved højnes kompetencen i de kliniske etiske overvejelser.

Etiske problemer kan drøftes både prospektivt og retrospektivt. Det vil sige, at etiske dilemmaer kan drøftes, inden beslutningen træffes eller man kan drøfte dilemmaet efterfølgende for at afklare, hvordan et lignende tilfælde kan løses. Problemet kan forelægges komiteen, og vejledningen kan evt. foregå i relation til den enkelte afdeling. Komiteen afholder et nærmere bestemt antal møder årligt, men kan også træde til ad hoc indenfor 24 timer.

En metode til undersøgelse af etiske problemstillinger er en analysemodel, der som minimum bør indeholde følgende overvejelser:

1. Hvad er det etiske problem eller de etiske problemer i dette tilfælde?
2. Hvad er fakta i sagen?
3. Hvem er de berørte parter, og hvad er deres synspunkt og interesser?
4. Relevante værdier, principper og dyder, erfaringer fra lignende situationer, og juridiske aspekter
5. Mulige handlingsalternativer
6. Drøftelse af det ovenstående og forsøg på at formulere en eller flere acceptable handlingsalternativer

Herved sikres det, at man når så bredt omkring som muligt. I en sådan model kan psykiatriens værdigrundlag: respekt, faglighed og ansvar, indarbejdes. Herved bliver værdierne ikke blot synlige i det kliniske arbejde, men også direkte inddraget i etiske overvejelser.

Alle ansatte i psykiatrien kan henvende sig til komiteen, og der er ingen problemer, der er for små til, at blive drøftet. Arbejdsgruppen har overvejet, om patienter eller pårørende skal kunne henvende sig direkte til den Kliniske Etiske Komite, men er kommet til den konklusion, at i første omgang skal det være et rent fagligt forum. Begrundelsen er, at der på nuværende tidspunkt ikke er overblik over, hvordan vi kan håndtere tavshedspligten, hvis patienter og pårørende får direkte adgang. Det forhindrer dog ikke personalet i at indbringe en sag for komiteen, som en patient eller pårørende har rejst.

Det eneste krav, der er til en henvendelse er, at det er et spørgsmål, der kræver etisk afklaring. Det er komiteens ansvar at vurdere, om komiteen er det rette forum at behandle henvendelsen i, eller om det kræver anden udredning af faglig art - f.eks. psykologisk, juridisk eller måske teologisk.

Den Kliniske Etske Komite er et etisk supplement, der har sin selvstændige berettigelse, og erstatter ikke nogen af de i forvejen bestående instanser.

Sammenfattende kan man sige af komiteens funktioner er:

- Sagsbehandling
- Rådgivning
- Undervisning
- Kommunikation
- Evaluering

De farer, der umiddelbart kan være ved at indføre en Klinisk Etisk Komite er, at den kan blive en intern lukket instans, hvor medlemmerne indbyrdes har interessante diskussioner, deltager i konferencer og læser interessant litteratur, men ikke når ud i organisationen med sin viden. Derfor prioriteres komiteens opgave med at blive synlig og komme ud blandt det kliniske personale meget højt. En anden fare er, at medarbejderne henviser alle etiske spørgsmål til komiteen og undlader selv at tage stilling, hvorfor uddannelse af personalet er en anden vigtig funktion.

Muligheder er der, som allerede nævnt, mange af. Men først og fremmest er det muligheden for at kvaliteten af de etiske afgørelser forbedres, så kvaliteten i pleje og behandling øges. Når medarbejderne vænnes til og trænes i at bruge etiske analysemodeller, bliver det en naturlig ting at drøfte etiske dilemmaer med hinanden på en konstruktiv måde, hvilket kan være med til at øge tilfredsheden i arbejdssituationen. En mulighed er også, at Kliniske Etske Komiteer senere kan tænkes ind i den danske kvalitetsmodel.

Hvem kan være medlemmer af en Klinisk Etisk Komite?

Arbejdsgruppen foreslår, at komiteen består af 8-10 medlemmer, der udpeges af psykiatrilæden i samarbejde med formanden for komiteen.

Psykiatrilæden har bedt professor og ledende overlæge Thorkil Sørensen om at være

komiteens første formand.

Alle ansatte kan foreslå sig selv eller en kollega som komited medlem. Indstillingerne går gennem afdelingsledelserne, som herefter indstiller medlemmer til psykiatril edelsen.

Komiteen konstituerer sig med formand, næstformand og sekretær. Formanden er som nævnt udpeget af ledelsen, og skal være både faglig og etisk kompetent samt udvise en særlig interesse for og erfaring med at prioritere sammenhænge mellem psykiatri og etiske overvejelser. Har formanden en lægefaglig baggrund, bør næstformanden have en sygeplejefaglig baggrund og omvendt.

Sekretæren bør have en juridisk baggrund, da denne indeholder en administrativ kompetence, og samtidig vil kunne bidrage til en skelnen om, hvorvidt sagen er af juridisk eller af etisk karakter. Juraen må dog på ingen måde overskygge eller bremse den etiske refleksion.

Kravet til de enkelte medlemmer er først og fremmest, at de skal have stor interesse for det etiske felt. Herudover skal de besidde en personlig integritet, have et godt klinisk skøn og være villige til at arbejde med konfliktløsning og gruppeprocesser.

Sammensætningen af komiteen skal afspejle de forskellige faggrupper, som arbejder i psykiatrien.

I Norge har man gode erfaringer med at inddrage eksterne personer. Derfor er det foreslået, at der kan deltage op til 2 medlemmer, der ikke er ansat i psykiatrien i Region Syddanmark.

Det kan være en teolog, der har en bred forståelse for eksistentielle vilkår, eller det kan være en person, der har en formel etisk eller filosofisk kompetence. Det kan være med til at sikre, at det er etikken, der er fokus, således at sagsbehandlingen ikke udarter til rene meningsudvekslinger, og det kan være med til at perspektivere udover eventuelle

faglige interesser.

Det kræves af medlemmerne, at de deltager i et nærmere fastlagt uddannelsesprogram, der er med til at ruste dem fagligt i teoretisk etik og etiske analyser, så de er i stand til at varetage den etiske rådgivnings- og vejledningsfunktion. Da en væsentlig del af komiteens opgave består i at skabe læring omkring etisk refleksion, må medlemmerne være i stand til at varetage undervisende og formidlende opgaver.

Endelig må medlemmerne have mulighed for at afse den fornødne tid og prioritere arbejdet i en Klinisk Etisk Komite.

Arbejdsgruppen foreslår, at der udover de egentlige komiteemedlemmer udpeges en ambassadør for hver af de enkelte afdelinger, distrikter eller områder, som kan være med til at udbrede kendskabet til komiteen og dens arbejde.

For såvel komiteens medlemmer og ambassadørerne gælder det, at arbejdet med den kliniske etiske komite ikke udløser tillæg i forhold til ny løn.

Komiteens synlighed

Komiteens arbejde vil blive synliggjort ved at den får sine egne sider på Psykiatriens hjemmeside og intranet. Her vil referater, cases – evt. præcenteret som månedens dilemma - og andet relevant materiale kunne findes.

Der vil blive afholdt seminar og/eller undervisningsforløb om komiteens oprettelse og om etisk refleksion, ligesom ambassadørerne forventes at udbrede kendskabet til komiteen.

Komiteen udarbejder en årlig rapport over arbejdet i det forløbne år, og efter 2 års virke evalueres komiteens arbejde. Som grundlag for en succesvurdering vil der dels blive set på, hvor mange sager der har været behandlet, dels på hvordan det kliniske

personale har oplevet komiteens funktion. Dette kan gøres ved at lave en undersøgelse blandt det kliniske personale, om hvorvidt der kan registreres ændringer i den etiske beslutningsproces inden komiteens virke og efter. Der skal dog gøres opmærksom på, at komiteens effekt i organisationen ofte først begynder at blive rigtig mærkbar efter det andet år.

Afsluttende perspektiv

En Klinisk Etisk Komite kan være med til at styrke tværfagligheden gennem en samlet refleksion. Sammenfattende kan man sige, at den kan give mulighed for, som hjertet i klinisk praksis, at tænke over den hårfine balance, der ofte er i medicinske kliniske spørgsmål, og den kan åbne for modsætningsfyldte diskurser mellem naturvidenskaben, humanvidenskaben, socialvidenskaben, nedskrevne regler og almindelig sund fornuft.

Nogle mener måske, at en sådan komite unødigt komplicerer den medicinske beslutningsproces, at den blot føjer endnu en administrativ struktur til et område, der allerede er alt for bureaukratisk.

Men målet med komiteen er at installere et videnskabeligt felt på et offentligt område i tænkningen. Med etableringen af komiteen garanteres, at de behandlingsmæssige problemer, der opstår, også kan blive diskuteret ud fra patientens synspunkt, så den fulde humanitet er med i overvejelserne.

Fra et sociologisk synspunkt er de tre strukturer – videnskabsetiske komiteer, nationale etiske komiteer og Klinisk Etiske Komiteer – en social udvikling, der kan være med til at igangsætte en dybereliggende ændring i måden at træffe beslutninger på i det medicinske område. Den genetablerer det ældgamle aspekt i humanmedicinen og gør det på en original måde ved at lade ikke-medicinske eksperter være med til at definere, hvilken vej udviklingen i morgendagens medicin vil tage.

For uddybning af arbejdet i komiteen henvises til "Kommissorium for Klinisk Etisk Komite for Psykiatrien i Region Syddanmark" og "Forretningsorden for Klinisk Etisk Komite for Psykiatrien i Region Syddanmark".

<http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm297201>

Rapporten er udarbejdet af arbejdsgruppen vedrørende etablering af Klinisk Etisk Komite i psykiatrien i Region Syddanmark, januar 2010

Agnethe Philipsen. E-mail: Agnete.Philipsen@regionsyddanmark.dk

Ole Rytto. E-mail: Ole.Rytto@psyk.regionsyddanmark.dk

Ulla Wernberg-Møller E-mail: Ulla.Wernberg-Moeller@regionsyddanmark.dk

Line Gessø Hansen. E-mail: linegesso@gmail.com

Anne Marie Enderlein. E-mail: ndrlein@post9.tele.dk

Kilder

- Andersen, Christian: Amerikanerne var først. *Ugeskrift for læger*. Nr. 30, 23 juli, 2001
- Andersen, Christian: De etiske iværksættere. *Ugeskrift for læger*. Nr. 30, 23 juli, 2001
- Andersen, Christian: Succes for lokale etiske komiteer. *Ugeskrift for læger*. Nr. 30, 23 juli, 2001
- Andersen, Christian: Norge indfører kliniske etiske komiteer. *Ugeskrift for læger*. Nr. 30, 23 juli, 2001
- Andersen, Christian: De etiske guider på Sahlgrenska. *Ugeskrift for læger*. Nr. 27, 5. august, 2002
- Andersen, Christian: Klinisk etik skal styrkes. *Ugeskrift for læger*. 167 (16): 1786. 2005
- Andersen, Christian: Nye komiteer i etikken.. *Ugeskrift for læger*. 167 (19): 2096. 2005
- Brulde, Bengt: Moralfilosofi i vården: någenting att satsa på? Rapport fra Landstings Forbundet. Stocholm. GET AB <http://skl.se>
- Førde, R. Pedersen, R.: Manual for arbeidet i klinisk etikk-komiteé. Universitetet i Oslo. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. *Seksjon for medisinsk etikk*. 2007
- Hagel, Annie. Red.: Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse. Socialministeriet og Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2005. www.vfm.dk
- Holdgaard, Dorte: Lokale Klinisk Etiske Komiteer ved det danske sundhedsvæsen. Speciale i Master of Public Administration ved Aalborg Universitet. 2005
- Jungersen, Dorte: Klinisk etisk komite vil vende hver en sten. *Ugeskrift for læger*. 171(1):72. 2009
- Kloot Meijburg og Mulen: Developing standards for institutional ethics committees. *Journal of medical Ethics*. 27 suppl.: i36-i40. 2001
- Lebeer, Gay, red.: Ethical Function in Hospital Ethics Committees. IOS Press, Amsterdam. 2002
- Vollmann, J.: Klinik: Aufgaben und Kriterien für Klinische Ethikkomitees. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*. 51: 865-871, 2008