



Medisinsk etikk og klinisk etikk-komiteer

*Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad
16. November 2006*

Kjære deltakere

Takk for invitasjonen til dette høstseminaret

Jeg er blitt utfordret til å si noe om hvordan jeg som helseminister ser på arbeidet i de kliniske etikkomiteene.

Og jeg vil begynne med noen saker som har preget mediebildet det siste året – der medisinsk etikk er blitt satt ettertrykkelig på dagsorden.

De vanskelige beslutningene...



2


For kort tid siden viste TV2 en dokumentar som de hadde kalt "Er livet alltid det beste"? I denne dokumentaren fikk vi høre om flere multihandikappede barn, blant annet ei jente som nå var blitt 2 år. Hennes liv ble reddet flere ganger i dagene etter fødselen. Foreldrene ønsket at hun heller skulle få slippe.

I programmet ble det sagt at det er et behandlingspress i samfunnet - og at dette presset er blitt sterkere de senere årene. Jeg forstår at det må være vanskelig for foreldrene å gi uttrykk for at de ikke ønsker at barnet skal behandles.

Barnelege Trond Markestad, som leder Rådet for legeetikk i Legeforeningen, var sentral i dette TV-programmet. Han etterlyste en samfunnsdebatt om hvor vi skal sette grensene for behandling.

Den andre saken som har vært sterkt fremme i mediebildet det siste året, er saken om Kristina som alle her kjenner til gjennom mediene. Saken fikk stor oppmerksomhet da det ble kjent at Haukeland universitetssykehus ville avslutte behandlingen, samtidig som faren kjempet imot, og ville ha saken prøvd for retten.

Disse sakene har satt medisinsk etikk ettertrykkelig på dagsorden. Jeg kan også si at dette er saker som berører meg sterkt – både som helseminister som er opptatt av hvilke verdier vår helsetjenesten skal bygge på – men også som småbarnsmor.

3	<p>Ibsen – 100 års jubileum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stadig relevant? 
---	--

De fleste av dere som her i dag har utdanning som helsepersonell. Jeg er kjent med at de aller fleste utdanningene har hatt verdispørsmål og medisinsk etikk som en integrert del av studiet de senere årene. Jeg tror slik undervisning gjør at helsepersonell får et begrepsapparat om vanskelig spørsmål og et rammeverk for etisk refleksjon.

I år er det 100 år siden Henrik Ibsen døde. Noen arrangementer i jubileumsåret har knyttet forfatterskapet hans opp mot etikk. Det er slående å se hvor aktuelt det som Ibsen skrev for mer enn hundre år siden, er fortsatt i dag.

Jeg vil lese et utdrag fra "En folkefiende" som viser dette tydelig: Doktor Stockmann er en frittalende radikal mann som setter sannhet og etisk troverdighet på dagsorden. Etter at han avdekket at vannet ved byens kurbad var forurenset, ville han si fra om det til folk i lokalsamfunnet. I en disputt med byfogden, som ville legge lokk på saken, sier dr Stockmann;

"Ja, men er det ikke en statsborgers plikt å meddele allmennheten når man har fanget en ny tanke?"

Byfogden svarer;" Å, allmennheten behøver slett ingen nye tanker. Allmennheten er best tjent med de gamle, gode, anerkjente tankene de allerede har... Det tør forventes at du ved fornyede undersøkelser kommer med det resultat at saken ikke er på langt nær så farlig og betenkelig som du i første øyeblikk innbilte deg"

Dette er tankevekkende og bevisstgjørende, og viser at Ibsen i høyeste grad også er moderne i dag – ved at han stadig kan utfordre oss og våre verdier og holdninger.

4	<h3 style="text-align: center;">Kliniske etikk komiteer - milepæler</h3> <ul style="list-style-type: none"> • 1993; SME tar initiativ til et prosjekt for utprøving av komiteer på sykehusene • 1994; etablering av prosjekter ved tre norske sykehus <ul style="list-style-type: none"> – Rikshospitalet, Ullevål og Gjøvik • 1998; evaluering av prosjektene • Verdimeldingen <ul style="list-style-type: none"> – St meld nr 26 (1999-2000) • Innstillingen (Innst S nr 172 (2000-2001)) 
---	--

Bevisstgjøring om etikk og etiske problemstillinger både kan og bør skje på flere måter enn gjennom utdanningen - eller mer tilfeldig gjennom litteratur og andre former for kultur som jeg har vært inne på.

Et annet viktig forum for etisk bevisstgjøring, er de kliniske etikk-komiteene, der vi kan lære av egne eller andres erfaringer, både før og etter at en beslutning er tatt. Jeg har, gjennom Reidun Førde og andre som er opptatt av feltet, fått god innsikt i disse komiteenes arbeid, og jeg vil si at jeg ser på det som gjøres i disse komiteene, som svært verdifullt. En viktig grunn til dette, er at dere bidrar til at kunnskap om medisinsk etikk blir brukt i praksis i situasjoner der det er nødvendig å se en sak fra flere vinkler før man konkluderer.

Plansjen viser milepæler i komiteenes historie. Jeg tror at forhistorien er vel kjent, så jeg går ikke nærmere inn på dette her.

Fakta om Kliniske etikk-komiteer

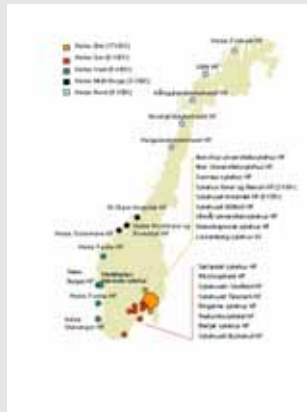
1993; Senter for medisinsk etikk ved UiO tok initiativ til å etablere et prosjekt for å utprøve kliniske-etikk-komiteer ved sykehus

1994: Departementet fant initiativet interessant og viktig og bevilget midler til et tre årig prosjekt. Prosjektet ble gjennomført ved Rikshospitalet, Ullevål sykehus og Gjøvik fylkessykehus. Prosjektets ambisjon var å understøtte etisk refleksjon i den kliniske virksomheten gjennom involvering av helsepersonellet

1998; Prosjektet ble evaluert med positivt resultat. Anbefalingene ble fulgt opp i Verdimeldingen og i innstillingen til verdimeldingen. Det var derfor bred politisk enighet om etablering av kliniske etikk komiteer for å styrke den etiske refleksjonen i klinisk virksomhet.

Sykehusene fikk ansvar for selv å opprette og drifte komiteene. Seksjon for medisinsk etikk (ved UiO) fikk ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling for komiteene. Ansvaret inkluderer faglig bistand til sykehusene ved etablering av komiteene, kompetanseutvikling for medlemmene og erfaringsutveksling omkring arbeidet.

Kliniske etikk komiteer - status



5

Jeg er opptatt av at arbeidet med medisinsk etikk skal sikres gode rammebetingelser. I dag er det 38 sjukehus som har kliniske etikk-komiteer og jeg har merket meg at antallet er økende. Også aktiviteten i komiteene er blitt større og mer variert. I statsbudsjettet for 2007 har jeg derfor foreslått å styrke finansieringen av dette arbeidet (av Seksjon for medisinsk etikk - fra 1 til 2 mill kroner). Jeg vil videreføre finansieringen i årene fremover, slik at kontinuitet i arbeidet skal være sikret. Dette er det klareste signalet jeg kan gi om at jeg verdsetter arbeidet dere gjør.

Jeg vil i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2007 ta inn et styringskrav om å etablere komiteer ved alle landets helseforetak for å sikre at dette arbeidet får den forankring, de rammer og de ressurser det har krav på.

Hvorfor er medisinsk etikk viktig ?

- **Forvaltningsutviklingen**
Helsetjenesten har fått
 - Foretaksorganisering
 - Innsatsstyrt finansiering (ISF)
 - Økt rettsliggjøring
 - Sterkere pasientrettigheter
- **Medisinsk utvikling**
- **Teknologisk utvikling**
- **Komplekse beslutningskontekster**



6

Jeg har tenkt en del over hvorfor det ser ut til å være et økende behov for medisinsk etikk og etisk refleksjon i helsetjenesten. Jeg tror dette blant annet må ses i sammenheng med utviklingen i offentlig sektor de siste tiårene, og hvordan vi organiserer tjenestene. Reformen og endringer i helsetjenesten har nok bidratt til å endre helsepersonellens hverdag.

Jeg vil nevne stikkord som foretaksorganisering, innsatsstyrt finansiering, sterkere pasientrettigheter og at jussen er kommet sterkere inn i helsepersonellens hverdag.

Samtidig har det skjedd en rivende medisinsk og teknologisk utvikling. Dette har bidratt til at grensene for hvilke lidelser, sykdommer og tilstander som det er mulig å behandle, stadig utvides.

Jeg tror at denne utviklingen har bidratt til at helsepersonellet i større grad enn før må hankses med komplekse og vanskelige beslutninger.

7	<p>Hvordan er medisinsk etikk viktig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trygghet for helsepersonellet • Kvalitet i helsetjenesten • Tillit mellom pasient/pårørende og helsetjenesten 
---	--

Som leger, sjukepleiere, pleiepersonell, prester, fysioterapeuter, for å nevne noen eksempler, må dere ofte balansere mellom faglige idealer og stramme rammebetingelser. I dette skjæringspunktet vil det være økende behov for kompetanse i medisinsk etikk og etisk refleksjon.

Jeg mener at slik kompetanse har betydning for flere forhold i helsetjenesten, men som helseminister og dermed som eier av de regionale helseforetakene, vil jeg trekke frem tre forhold som er av særlig betydning.

For det første: Tverrfaglighet. Jeg vil peke på at de systematiske, tverrfaglige vurderingene som gjøres i komiteene gjør at hver enkelt får styrket sin kompetanse og føler seg tryggere på beslutninger som fattes. Jeg tror også at dette arbeidet er med på å skape en kultur for læring og kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

For det andre: Kvalitet: Jeg vil trekke fram at etisk refleksjon øker kvaliteten på yrkesutøvelsen. Reflekterte helsearbeidere vil utvide refleksjonen og ta flere reflekterte hensyn. Jeg mener at det fører til at vi får bedre beslutninger i helsetjenesten. Dette bidrar også til kvalitetssikringsarbeid i videre forstand ved at dere setter overordnede verdispørsmål på dagsorden, for eksempel bruk av tvang, prioriteringss spørsmål, pasientautonomi osv

For det tredje: Tillit er en viktig kapital for helsetjenesten. Et sentralt spørsmål er hvordan tillit kan bevares og skapes i en situasjon der det kan oppstå uenighet mellom pasienten/de pårørende og helsetjenesten. Jeg tror at komitéarbeidet har en viktig funksjon her fordi arbeidsmåten i komiteene tilsier at alle parter blir hørt, slik at den etiske problemstillingen blir belyst fra flere perspektiver.

8	<p>Utfordringer i det videre arbeidet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva med nasjonale retningslinjer? • Hva med de pårørende? • Hva med kommunehelsetjenesten? 
	8

Jeg er blitt utfordret til å si noe om hvordan jeg ser på medisinsk etikk og kliniske etikk-komiteer. Jeg håper jeg har gitt dere et klart svar på denne utfordringen. Som avslutning vil jeg utfordre dere i forhold til tre spørsmål jeg ser på som sentrale i det videre arbeidet.

Det første spørsmålet gjelder nasjonale retningslinjer: Et tema som jeg vet ofte diskuteres i de kliniske etikk-komiteene, er spørsmål om å fortsette eller avslutte livsforlengende behandling. Sakene som har preget mediebildet det siste året handler nettopp om dette. Når skal vi sette i gang eller avslutte livsforlengende behandling? Hvordan og hvem skal avgjøre disse vanskelige spørsmålene? Min utfordring til dere er å utarbeide nasjonale retningslinjer for virksomheten i komiteene. På den måten kan vi få definert arbeidet klarere, både i komiteen, i helsetjenesten og i forholdet til pasienter/pårørende og samfunnet.

Det andre spørsmålet gjelder brukermedvirkning i komiteene: Som sagt ser jeg på arbeidet i komiteene som et viktig bidrag for å sikre tillit i forholdet mellom pasienter/pårørende og helsetjenesten. Min andre utfordring er derfor at komiteene har en gjennomtenkt og systematisk tilnærming til pasientene/de pårørende når etiske problemstillinger diskuteres. Jeg forstår at dette må gjøres på ulike måter, avhengig av den konkrete situasjonen. En måte er å inkludere pasientene/de pårørende direkte i komitéarbeidet, eller å sørge for at pasientens/de pårørendes interesser ivaretas på andre måte. Dette er kanskje også forhold som kan innarbeides i nasjonale retningslinjer for komiteenes virksomhet.

Det tredje spørsmålet gjelder hvordan vi kan dra nytte av erfaringene i kommunehelsetjenesten: Frem til nå er det bare i spesialisthelsetjenesten vi har kliniske etikk komiteen. Jeg vet at behovet for kompetanse i etikk er stort også i omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten. I omsorgsmeldingen har vi varslet at vi ønsker at de ansatte skal få mer kunnskap om etikk og at de skal