

# KEK årsrapport 2018

---

<b>Kort om Klinisk Etisk Komite (KEK)</b> .....	<b>2</b>
<b>Oversigt over behandlede sager i KEK i 2018</b> .....	<b>3</b>
<i>Sag 73 – Hvordan påvirker ydelsesstyring behandlingen og klinikerens faglighed?</i> .....	3
<i>Sag 74 – En gordisk knude for en retspsykiatrisk patient – når misbrugsbehandling og antipsykotisk behandling modarbejder hinanden</i> .....	4
<i>Sag 75 – Hvad er vores ansvar, når patientens pårørende dør?</i> .....	7
<i>Sag 76 – Patientens livskvalitet vs. den fagligt bedste behandling</i> .....	8
<i>Sag 77 – Skal vi prioritere at gøre godt for patientens psykiske sygdom på bekostning af patientens fysiske sygdom?</i> .....	10
<i>Sag 78 – Hvor langt strækker psykiatriens ansvar for den syge patients valg, når vi tvangsindlægger patienten?</i> .....	13
<i>Sag 79 – Hvordan påvirker religion relationen mellem behandler og patient?</i> .....	16
<i>Sag 80 – Hvad er vores ansvar overfor de pårørende, når patienten har valgt dem fra – muligvis påvirket af sin vrangforestilling?</i> .....	17
<i>Sag 81 – Hvornår skal vi behandle?</i> .....	19
<i>Sag 82 – Hvordan skal psykiatrien tage ansvar for patienternes fysiske symptomer?</i> .....	21
<b>Andet arbejde i Klinisk Etisk Komite</b> .....	<b>23</b>
<i>Undervisning planlagt eller afholdt af Klinisk Etisk Komites filosof:</i> .....	23
<i>Anden aktivitet:</i> .....	23
<i>Samarbejde på tværs af Region Syddanmarks Kliniske Etske Komiteer:</i> .....	23
<b>Pilotprojekt: Patient og pårørende som sagshavere</b> .....	<b>23</b>
<b>Samarbejde med SF Studios Production</b> .....	<b>24</b>
<b>Netværk på tværs af Klinisk Etisk Komiteer i Region Syddanmark</b> .....	<b>24</b>
<b>Forskningsaktivitet med udgangspunkt i KEK</b> .....	<b>24</b>
<i>Eksempler på aktiviteter i forbindelse med Ph.D.-projektet i 2018:</i> .....	24
<b>KEK-medlemmers aktivitet udenfor KEK</b> .....	<b>24</b>
<i>Undervisning:</i> .....	25
<i>Synlighed og etisk refleksion:</i> .....	25
<i>Etiske kompetencer:</i> .....	25

## Kort om Klinisk Etisk Komite (KEK)

KEK er et vejledende og rådgivende organ i Psykiatrien i Region Syddanmark, hvor ansatte, patienter og pårørende kan få udfoldet deres etiske dilemmaer og problemer. KEK belyser dilemmaer fra flere sider uden at dømme, hvad der er rigtigt og forkert. Når sagshaver får sagsbehandlingen tilbage, slutter sagshavers forløb med KEK, derfor kender vi ikke til konkrete tiltag, der tages efter et KEK-besøg.


I KEK sidder ti klinikere, der repræsenterer forskellige fagligheder, afdelinger og geografiske områder. I 2019 har man valgt at tilføje yderligere to klinikerpladser for at sikre, at KEK afspejler klinikken. Derudover er der en jurist, en præst, en filosof samt en patientrepræsentant og en pårørenderepræsentant.

KEK behandler konkrete og generelle dilemmaer. Hvis en afdeling har et dilemma, er der højst sandsynligt også andre afdelinger, der kender problemet. Ved at få et dilemma belyst af KEK kan man være med til at skabe et stærkere fagligt grundlag for alle afdelinger. Sagsbehandlingerne er offentlige og kan læses på intranettet.


KEK's rolle er at udfolde og belyse dilemmaer fra forskellige perspektiver og etiske teorier. Det er ikke KEK's opgave at dømme eller tage imod klager, men vi kan belyse etiske aspekter ved praktiske problemer.

KEK bruger en modificeret SME-model (Senter for Medisinsk Etik) til at lave etisk refleksion. Modellen behandler fem områder:

 Det etiske problem

 Fakta, herunder tidligere praksis og jura

 De berørte parter

 Etisk analyse og relevante værdier

 Handlemuligheder

I starten af sagsbehandlingen finder KEK det etiske spørgsmål, der viser dilemmaets essens. Til slut svarer man ja og nej til det etiske spørgsmål.

KEK mødes 8 gange om året. Derudover underviser KEK's filosof sammen med KEK's formand i etisk refleksion. I efteråret afholder KEK en temadag om etiske problematikker eller emner. KEK's kliniske medlemmer er uddannet i at facilitere en etisk refleksion og laver aktiviteter udover deres arbejde i KEK. Se mere om denne under "Andre aktiviteter"

KEK har mulighed for at behandle to dilemmaer pr. møde. I 2018 har KEK behandlet 10 dilemmaer. Normalt bruger KEK ca. 1,5 time på et dilemma. Ved særligt svære sager har KEK mulighed for at bruge mere tid på det enkelte dilemma, hvilket KEK har valgt at gøre flere gange i 2018 f.eks. ved sag 79, hvor KEK behandlede dilemmaet under et overordnet tema om religion i psykiatrien.

Sagshaver kan deltage enten ved at møde op i person eller via videokonference, når dilemmaet bliver behandlet.

## Oversigt over behandlede sager i KEK i 2018

Oversigt over behandlede sager er opdelt efter følgende skabelon for hver sag:

1. Ophav til sagen (ansatte, komiteen selv, direktion eller andre)
2. Beskrivelse af problemstillingen
3. Beskrivelse af dilemma
4. Komiteens anbefaling
5. Evt. tiltag (kun gældende ved en sag)

---

### Sag 73 – Hvordan påvirker ydelsesstyring behandlingen og klinikerens faglighed?

1. Sagen er indsendt af en kliniker.

2. Klinikerer føler et pres for at nå sine ydelsestal, selv om det betyder, at man skal give en ikke relevant behandling. Klinikerer føler ikke, at succeskriteriet er, at man giver den meningsfulde nærværende behandling. Derimod føler klinikerer, at ledelsen primært fokuserer på, at man opfylder sine ydelsestal. Klinikerer føler, at preset påvirker behandlingen, og klinikerer bliver forråede. KEK valgte at lave en mere generel drøftelse med udgangspunkt i bestemte situationer, f.eks. primærbehandler er syg, derfor skal man vælge mellem afløsninger af tider vs. vikar, der laver risikovurdering eller målinger for at kunne registrere det som en ydelse. Patienterne bliver ikke oplyst om, at der er vikar fremfor primærbehandler. Det kunne også være introduktion til telepsykiatri, der er vigtigt for behandlingen på langt sigt, introduktionen tæller ikke som en ydelse, fortæller klinikerer. Hvis en behandler har mange af disse, får de svært ved at levere et højt ydelsestal. Denne sag viser, hvordan der nogle gange er misforståelser i klinikken, der påvirker klinikerer og deres arbejde. KEK undersøgte i samarbejde med Plan og Økonomi i Psykiatrien, hvordan ydelserne fungerede i forhold til den fortælling, klinikerer fortalte os.

#### 3. Den etiske analyse (Forkortet):

##### Værdikonflikt

Gennem ens faglighed vil man også støde på forskellige værdier både synlige og usynlige. Som medarbejder skal man altså navigere i både sine personlige og faglige værdier, der møder institutionens værdier. Dette kan, som i denne problemstilling, føre til en værdikonflikt. Denne kan være så voldsomt, at den udfordrer og truer værdier, der er en del af klinikerens integritet og identitet. Klinikerer kan føle sig reduceret til en maskine og får frataget sin faglige vurdering, da der ikke er plads til at agere på denne i arbejdet. Det kan opleves som om, at fagligheden bliver tilsidesat for at leve op til ydelsesstyringen

##### Den gode behandling

Et af de store spørgsmål i denne problemstilling er, hvad er den gode behandling? – for patienten og for klinikerer? Handler det om den enkelte behandlings kvalitet, og hvordan bliver denne påvirket af kravet om at leve op til et ydelsestal, eller handler det om kvantitet, som ydelsestallet er med til at sikre? Både behandler og patient kan opleve ydelser som meningsløse afhængigt af patientens behov og behandlerens mulighed for at imødekomme dette. Tillid mellem patient og kliniker kan være afgørende for den gode behandling, og kravet om at leve op til ydelsestallet kan påvirke deres relation og dermed også tillid. Patient og kliniker mødes med det fælles formål at hjælpe patienten i forhold til sygdom og sundhed. Ydelsessty-

ringen er med til at skabe en bestemt adfærd til gavn for patienten, da man ensretter behandling og kvalitet på tværs af afdelinger, men der kan også være uhensigtsmæssige konsekvenser af dette.

### **Hvordan beskytter vi patientens autonomi?**

For at patienten kan tage et autonomt valg, er det vigtigt, at man er ved sin fornuft og kan træffe beslutninger på et informeret grundlag. Når patienten møder op til en behandling, forventer han at møde sin primærbehandler. Hvis klinikerens er syg, får patienten en vikar i stedet. Hvis denne ikke kan give samme behandling, som hans primære behandler, kan patientens valg om at møde op til behandling være truffet uden at have et informeret grundlag at træffe beslutningen på. Samtidigt vil denne beslutning altid være påvirket af andre faktorer såsom patientens sygdom og indre og ydre pres, så patientens autonomi er allerede påvirket. Man kunne sikre patientens autonomi ved at informere patienten om, hvad der almindeligvis sker, hvis primærbehandler er syg eller kontakte patienten inden aftalen og tale om, hvorvidt patienten stadig er interesseret i at møde op, hvis det er en vikar, så de kan sige fra eller til.

### **Sprog skaber en virkelighed**

Ydelsesstyring er med til at give et fokus for behandling. Gennem registrering har man defineret noget som behandling og noget som ikke-behandling. Ydelserne er med til at stille skarpt på det, klinikerne skal gøre mere af. Hvad der giver mest god behandling for pengene. Men der er også plads til, at klinikerne kan bruge sin faglighed og lave handlinger, der ikke kan registreres som en ydelse.

Ved at kun at se behandling gennem ydelsesstyringsbrillerne, kan man miste blikke for det unikke og påkrævende ved den aktuelle situation. Når klinikerens værdier såsom hjælpepligt, omsorg, faglighed, venlighed, åbenhed m.m. ikke er målbare, kan de heller ikke figurere i et skema eller tjekkes af. Dermed kan de forsvinde fra både ledelsens og klinikerens fokus.

4. Ydelsestale er med til at styre, hvordan vi giver en god behandling. Nogle gange kan der være et for stort fokus på *hvordan*, og *hvorfor* bliver glemt. Afdelingerne og klinikerne konkurrerer med hinanden om at leve op til kravene om ydelsestale, hvilket kan skabe et usundt pres og arbejdsmiljø. Nogle klinikere kan opleve, at systemet bliver mere og mere kynisk og forrået i stedet for at fokusere og give plads til den enkelte klinikers faglighed. Samtidigt er registreringer også en kvalitetssikring af patientens behandling på tværs af afdelinger. Når ydelsesstyring og behandlerens faglighed (arbejde) arbejder sammen, kan disse være med til at styrke hinanden og sikre den bedste behandling for patienterne samt gøre arbejdet lettere for behandleren. Samtidigt kan der også være misforståelser i klinikken om, hvordan og hvor meget disse mekanismer skal fylde, og hvordan man skal tolke dem i forhold til at give patienterne den bedste behandling.

---

## **Sag 74 – En gordisk knude for en retspsykiatrisk patient – når misbrugsbehandling og antipsykotisk behandling modarbejder hinanden**

1. Sagen er indsendt af en kliniker.

2. En retspsykiatrisk patient (A) har brug for anti-psykotisk medicin. A bliver behandlet med metadon, som man ikke må få samtidigt med det anti-psykotiske præparat. A vil ikke skifte til et andet præp. eller udtrappes, og lægen kan ikke tvinge A til at skifte. Lægen forventer, at A bliver negativt påvirket af at skulle udtrappes, samtidigt kan lægen ikke behandle A, før A er ikke længere er på metadon.

### 3. Den etiske analyse:

#### **Kan patienten tage autonome valg? Kan lægen?**

Patienten er forpint og plaget af sin sygdom og har brug for hjælp, selvom A ikke ønsker hjælpen i den form, lægen vurderer, er nødvendig. For at kunne behandle patientens psykose, skal A gennemgå en afvænnning af metadon, der er smertefuld. Lægen kan vælge ikke at starte A op på erstatningspræparat, hvis patienten ikke er villig til at gøre dette, men lægen har ikke mulighed for at behandle på den måde, han vurderer fagligt, er bedst. Patientens autonomi er både påvirket af A's psykose, frygt for at vende tilbage til et misbrug og A's dom. Lægen har heller ikke mulighed for ikke at behandle patienten, da A er dømt til behandling. Lægens eneste mulighed for at respektere patientens intakte autonomi er ikke at behandle A, men at lade det stå til, indtil patienten ønsker at samarbejde. Dog kan patientens autonomi allerede være så skadet, at vi ikke kan respektere autonomien uden, at vi skader patienten samtidigt, da psykosen påvirker A så meget, at A ikke kan tage det valg om afvænningspræparat. Patientens skadede autonomi kan påvirke patienten i sådan en grad, at A aldrig vil kunne indgå i et samarbejde. Behandlerens muligheder for at behandle patienten og gøre godt kan opfattes som trusler af patienten.

#### **Opvejer det umiddelbare gode, det forventede onde?**

Vi ønsker at gøre godt, derfor kan vi ikke give metadon samtidigt med antipsykotisk, da vi risikerer patientens liv. Hvis vi løfter perspektivet fra patienten, kan vi gøre godt ved at beskytte det omliggende samfund fra farlige individer. Så længe patienten er indlagt, er samfundet beskyttet, dog er personale og patienter i større fare for psykisk eller fysisk skade. Derudover forbliver patienten i en forpint tilstand. Ved ikke at ændre på noget, risikerer vi altså at gøre ondt på patienten og dem, der er nærmest. Dette risikerer vi også, hvis vi vælger at give det antipsykotiske medicin, da patienten skal gennem en afvænnning. På sigt kan dette dog måske afhjælpe patientens aggressive adfærd. Konsekvensetisk skal vi forholde os til alle konsekvenser, vores handlinger kan have nu og i fremtiden. Lægen vurderer, at der er en risiko for, at patienten vender tilbage til sit misbrug eller får metadon, og dermed stopper sin behandling for sin psykiske sygdom. Derefter forværres sygdommen, og patienten kan være aggressiv, gøre skade og endnu en gang blive indlagt i henhold til sin behandlingsdom, så vi vender tilbage til udgangspunktet. Men gør denne forventning, at vi er nødsagede til at gøre ingenting, fordi vi ikke forventer, at det vil ændre det store på den længere bane?

#### **Læge-patient forholdet**

I en behandling har lægen og patienten hver deres roller, evner, svagheder og styrker. Lægen er indvilliget i at være et middel, hvormed patienten kan træffe informerende autonome valg i den grad, det er muligt. Dette forhold kan sammenlignes med en uformel kontrakt med forpligtelser, ansvar og magtfordeling. Patienten kan ikke kræve en behandling, lægen ikke er enig i, og lægen kan ikke give patienten en behandling, patienten ikke ønsker. Undtagelsen er dog, når patienten er så syg, at tvang er nødvendig, fordi patienten er så meget ude af sig selv, de ikke er i stand til at varetage deres rolle i relationen. De har ikke forudsætningerne for at opholde kontrakten – selvom dette ikke er et autonomt ønske. I dette dilemma spiller patientens adfærd også en rolle, da den ødelægger den respekt og tillid, forholdet mellem behandler og patient bør være bygget på. Derudover har patienten en behandlingsdom – lægen har altså ingen mulighed for at trække sig, og han skal stadig leve op til sine forpligtelser og ansvar, endda i højere grad, fordi patienten ikke kan gøre dette selv, på nuværende tidspunkt. Uanset hvor integritetskrænkende patienten er for læ-

gen, har behandlerne ingen mulighed for at trække sig. Selvom man skifter behandler, sender man bare en ny ind til samme situation. Behandleren har en begrænset magt, selvom ansvaret stadig er det samme om end ikke større. Han kan f.eks. ikke se bort fra en instruks fra Sundhedsstyrelsen. Derfor føler behandleren afmagt. Samtidigt må vi også anerkende patientens afmagt. Patienten prioriterer sin egen metadonbehandling højere end sin sundhed (muligvis fordi A ikke anerkender sin psykiske sygdom).

### **Den gode behandler**

Denne situation kræver dyderne tålmodighed og vedholdenhed. Det ser vi, at behandleren viser ved at blive ved med at motivere patienten til samarbejde på trods af patientens modvilje. Her vil for meget tålmodighed føre til en smertefuld og lang periode uden, at noget ændrer sig for hverken patienten eller behandleren. For lidt tålmodighed kan betyde, at patienten tvangsbehandles, før man har udtømt alle muligheder, og patienten oplever dette som traumatiserende og bliver mere aggressiv og udadreagerende.

Behandleren skal vise mod for at holde fast på sin faglige vurdering og blive ved med at arbejde på en relation med patienten, selvom patienten er aggressiv. Dumdristighed kan føre til, at behandleren bliver skadet og sætter sig selv i en farlig situation f.eks. ved at give metadon og antipsykotisk behandling samtidigt, fordi det er det, patienten ønsker, men det betyder, at han risikerer sit arbejde. For lidt mod kan føre til, at lægen ikke tør sige patienten imod og igangsætte den nødvendige behandling.

Vi ser også dyden omsorg, fordi man forsøger at hjælpe dem i nød, fordi de er for syge til at hjælpe sig selv. For meget omsorg kan føre til en følelse af meningsløshed og udbrændthed hos behandleren, fordi han påtager sig for meget ansvar over ting, han ikke har mulighed for at handle på. For lidt kan være et svigt af patienten og behandlerens faglighed, der kan føre til kyniske og ligegyldighed.

### **4. Bør klinikerne sige fra til denne opgave?**

Ja...

- For at beskytte sin egen integritet.
- Klinikerne bliver gjort til middel for patientens dom.
- For at beskytte sig selv.

Nej...

- For at beskytte og bevare sit job.
- For at være solidarisk med sine kollegaer.
- Der er fagligt belæg for at udføre behandlingen.

### **Bør vi acceptere en periode med svær skade med lang og usikker udsigt til at gøre godt?**

Ja...

- Hvis graden af skade stemmer overens med sandsynligheden for at gøre godt.
- Patienten er dømt til behandling, og der er ingen alternativer.

Nej...

- Vi ved ikke, om det er til patientens bedste.
- Vi ikke kan sikre en optimal behandling pga. forskellige parters forskellige interesser. (især det svigende samarbejde med misbrugscenteret).

---

## Sag 75 – Hvad er vores ansvar, når patientens pårørende dør?

1. Sagen er indsendt af en kliniker.

2. Patientens(A) familie møder op på afdelingen og fortæller, at A's pårørende er fundet død. Hvordan skal personalet handle? Skal de fortælle A det med det samme og risikere, at A reagerer voldsomt og sygdommen bliver forværret, eller skal de stå afventende klar, når familien deler nyheden med A? A er dement og har en anden etnisk baggrund end dansk. Så der kan både være kognitive og sproglige forhindringer.

3. Den etiske analyse:

### Hvordan påvirker patientens fortid A's behandling?

Patienten har en kendt historik med aggressiv adfærd, der kan være selvskadende eller udadreagerende. Det er vigtigt at kende patientens tidligere reaktionsmønstre, men det kan også være med til at stigmatisere og påvirke patientens behandling, så personalet tager hensyn, der er unødvendige eller i værste tilfælde eskalerende for patientens tilstand. Samtidigt har personalet et ansvar overfor patienten, medpatienter og kollegaer, og de skal så vidt som muligt undgå en farlig situation. Informationen skal indgå i det faglige skøn, men det betyder ikke, at denne situation højst sandsynligt ender med, at patienten reagerer aggressivt. Derfor er der brug for, at personalet laver et skøn ud fra patientens nuværende situation og sindstilstand. På denne måde anerkender personalet det hele menneske og møder patienten i sin nuværende sindstilstand, i stedet for at se bort fra patienten som person og alene se, hvordan A har opført sig. Patientens potentielle farlighed er også med til at gøre A mere sårbar. A har brug for hjælp, men farligheden er en barriere mellem A og personalet. Det er en faktor, de skal tage hensyn til og forsøge at dæmpe.

### "Hvad hvis det var mig?"

Selvom personalet ikke er juridisk forpligtet til at dele informationen med patienten, tror de, at de er det. Dels pga. misforståelser, men det kan også være på grund af et empatisk bud om en værdig behandling af andre. Tanken, "*hvis det var mig, så ville jeg gerne vide det*", kan skinne igennem, og personalet kan føle, at de svigter eller lyver for patienten ved at tilbageholde en information, de ser som essentiel. Patienten har mistet noget værdifuldt, og personalet stilles i dette etiske dilemma, fordi de føler med A. Deres ønske om at ville dele informationen om patientens familie med A, kommer fra et udgangspunkt om at behandle patienten værdigt og beskytte A's integritet. Det er et udtryk for et ønske om at gøre godt samtidigt med, at man forsøger at gøre det på en måde, hvormed man undgår skade.

### Hvilke informationer er vores ansvar og hvorfor?

Som sundhedsfaglige er vi forpligtede til at give patienter relevante informationer på en forståelig måde, så de kan give et informeret samtykke. Vi skal respektere patientens autonomi og hjælpe patienten med at foretage autonome valg. Det er især vigtigt at videregive faglig information på sådan en måde, at patienten forstår den. Dog er det ikke alle informationer, vi deler med patienter. Når vi f.eks. informerer om medici-

nen, læser vi oftest ikke hele indlægssedlen op, men deler information, vi mener, er relevante for patienten. Der er altså allerede information, vi ikke deler. Information om patientens familie kan ses som relevant for patienten, men den har ikke nødvendigvis en sundhedsfaglig karakter, og dermed er det ikke afdelingens ansvar. Når man har et ansvar, er det fordi, at der er nogen, der er afhængig af én. Patienten er afhængig af det sundhedsfaglige personale for at få hjælp og sundhedsfaglig viden. Patienten er afhængig af *en anden* for at få viden om, at patientens søn er død. *Den anden* er dog ikke nødvendigvis det sundhedsfaglige personale, men kan være hvilken som helst, der har den nødvendige viden og kan dele denne. Dog, hvis man ser på patienten og dennes sårbarhed og skrøbelighed i forhold til sin sygdom, kan man argumentere for, at patienten er afhængig af, at den, der deler informationen, også har en forståelse af A og A's sygdom og kan gøre det på en skånsom måde. Derfor giver det god mening, at personalet samarbejder med familien om at give patienten informationen. Hvis vi ikke tager dette ansvar på os, kan det påvirke patientens tillid til psykiatrien, fordi A kan opleve dette som et tillidsbrud – en situation, hvor A havde brug for hjælp, men dem, der kunne hjælpe, valgte ikke at påtage sig dette ansvar.

#### 4. Bør man vente med at give patienten informationer om nære pårørendes dødsfald?

Ja...

- A kan blive udadreagerende.
- A's demens påvirker A's forståelse.
- Vi fortæller ikke alt til patienter. Vi deler relevant viden på en forståelig måde. Vi er i tvivl om denne information kan leve op til dette.
- Hvis vi ikke har ressourcerne til at gøre det på en god og meningsfuld (og sikker) måde.
- Hvis det har et fagligt grundlag.
- Der ikke er en juridisk pligt til at gøre det.

Nej...

- Hvis vi har ressourcer nok til at give informationen på en meningsfuld måde (tolk f.eks.).
- Hvis patienten er i stand til at modtage informationen.
- Patienten kan få informationen fra anden side, og situationen kan blive forværret.
- Tilliden mellem det sundhedsfaglige personale og patient kan blive brudt.

---

### Sag 76 – Patientens livskvalitet vs. den fagligt bedste behandling

1. Sagen er indsendt af en patient.

2. Patienten skal vælge mellem medicin eller motion. Medicinen frarådes til patienter, der dyrker hård sport pga. bivirkninger. Patienten bruger motion til at lindre symptomerne af sin sygdom. Patienten føler sig hverken set eller hørt af lægen. Hvordan håndterer vi forskellige værdier og forståelser af sundhed, når disse er i konflikt?

#### 3. Den etiske analyse:

##### Answarets essens

Overordnet er ansvar noget, vi deler med en anden/et fællesskab. Når vi søger lægehjælp, giver vi samtidigt lægerne et ansvar for vores sundhed og sygdom. Derudover har man også et ansvar overfor dem, der har



givet en ansvar om, at man kan løfte det på en ordentlig måde. Som ordet antyder, er ansvar et "gen"-svar i en samtale, hvor vi tager en opgave på os. Det er en anerkendelse af en gensidig afhængighed, der findes mellem mennesker. Forventninger er med til at forme og skabe et ansvar, som en anden skal tage på sig og vogte over – eller lægge fra sig igen, selvom dette kan betyde et svigt af den anden. Usikkerheden (at man kunne have handlet anderledes) kan ses som en forudsætning for ansvar. Vi skal have mulighed for at vælge til eller fra, at vælge mellem flere alternativer og konsekvenser. Hvis der ikke er et valg, er der ikke et ansvar. Hvis der ikke er alternativer, er der ikke valg. Det frie valg er grundlaget for, at vi kan tale om ansvar. Frihed er ikke en modsætning til selvbestemmelse, men en forlængelse af det. Lægen er afhængig af patienten og dennes selvbestemmelse for at kunne leve op til sit ansvar. Ansvar skal ses som en forbindelse mellem mennesker – et gensvar i en samtale. Når vi møder et andet menneske, ser vi hinandens menneskelighed, og derfra kommer der et ansvar. Der kan være et kald på omsorg, som man kan vælge eller fravælge at følge. Det er en anerkendelse af, at vi som mennesker har brug for hinanden. Vores ansvar, forpligtelser og afhængighed af hinanden er dynamisk og variable i forhold til den situation, vi er i.

### **Magt og afmagt**

Frihed spiller også en rolle i forhold til magt. For at have magt, må du kunne tage frie valg. Det vil sige, at du ikke må være udsat for tvang, trusler eller andet, der kan påvirke din beslutning i en bestemt retning. For at kunne tage et autonomt valg, skal man kunne bruge fornuften. Det vil sige, at man skal have den nødvendige viden og ikke må være underlagt et indvendigt eller ydre pres. Det er lægens opgave at sikre, at patienten kan tage et autonomt valg ved at dele relevante informationer på en forståelig måde. Patienten er ofte presset af sin sygdom, bekymringer og ønske om lindring. Derfor vil autonomien altid være påvirket under sygdom. Patientens sygdom kan gøre det svære at forstå, hvad lægen siger. Der kan også være situationer, hvor patienten forstår den faglige viden, lægen deler med patienten, og alligevel vil vælge anderledes end lægen, fordi patienten har andre værdier end sundhed.

A er presset af sin sygdom. Derudover kan vi også forvente, at A's dårlige erfaring med den afprøvede medicin også presser A. Derudover har A oplevet et svigt, der også kan presse A. A føler sig afmægtig overfor sygdommen og er afhængig af lægen for at give hjælp og vejledning. Derfor kan A's afmagt "smitte" og overgå til lægen, når A presser lægen til at finde en hurtig effektiv lindring af A's sygdom. Både A og lægen er sårbare og afmægtige i dette behandlingsforløb. Samtidigt er de afhængige af hinanden for at få den nødvendige viden til at kunne træffe det bedste valg

### **Vigtigheden af en god relation**

Den gensidige afhængighed påbyder en god relation mellem læge og patienten. A har oplevet svigt og føler ikke sig ikke tryk i sin behandling. Dette er ødelæggende for en god relation. Derfor er det vigtigt, at lægen beskytter og værner om den gode relation, så A kan føle sig tryk til at søge hjælp, men også har tillid til at læger kan og vil hjælpe A, så godt som lægen kan.

Når lægen beder A om at opgive noget, der har essentielt værdi for A, er det derfor nødvendigt at lægen viser og forstår, hvad han beder A om at opgive. På denne måde kan lægen vise respekt for A's integritet og værdighed, selvom han beder A om at træffe et svært valg. Lægen kan vise empati og stadig tage ansvar for patientens sundhed ved at anerkende, at dette ikke er et let valg for A. Dette kan være med til at beskytte og styrke relationen. Lægen kan også vælge at dele, hvis han føler sig presset af A's pres og behov for

hjælp. På denne måde kan A måske lettere forstå, hvorfor lægen mener, at det er bedre for A at opgive sin træning og begynde på den nye medicin.

Usikkerhed hos begge parter behøver ikke adskille dem, men det kan være med til at give den en fælles forståelse for et nødvendigt og hårdt valg. Hvis begge parter ikke er åbne om deres usikkerhed overfor hinanden, kan det være med til at skade relationen, da tilliden allerede er blevet brudt. Kun ved at være ærlig – også om evt. begrænsninger og mangler – kan vi styrke relationen og tilliden mellem patient og læge. Det kræver mod at være ærlig omkring sine begrænsninger, da man blotter sin sårbarhed. Samtidigt åbner man sig op for at få hjælp og værner om relationen, da begge parter viser tillid til hinanden ved at vise deres sårbarhed.

#### **4. Bør lægen udskyde behandlingen i stedet for at handle hurtigt og igangsætte en behandling, som patienten ikke ønsker pga. mulige bivirkninger?**

Ja...

- Lægen kan søge flere informationer om præparatet.
- For at trække sig tilbage og finde andre løsninger, så man kan værne om samarbejde med patienten.
- Det kan være med til at beskytte relationen og tilliden mellem patient og læge.

Nej...

- Der skal handles hurtigt for at hjælpe patienten bedst muligt.
- Behandlingen er fagligt begrundet og vi har en forventning om at det vil hjælpe patienten.
- Det er ikke sikkert, at patienten bliver ramt af bivirkningen.
- Lægen bliver presset af patienten.
- Patienten har ret til at fravælge behandlingen.

5. På baggrund af sagen, blev der lavet en evaluering med patienten, der havde en generel god oplevelse af at få sit dilemma behandlet af KEK. Undervejs i processen og efterfølgende var der opstået nye perspektiver og forståelser af situationen.

---

### **Sag 77 – Skal vi prioritere at gøre godt for patientens psykiske sygdom på bekostning af patientens fysiske sygdom?**

1. Sagen er indsendt af en kliniker.

2. Patienten(A) har kronisk paranoid skizofreni. Man har opdaget en kræftknode i A's bryst. A er nogenlunde stabil i sin medicinske behandling, men det virker ikke til, at A har en forståelse af sin kræftsygdom. A er ambivalent i forhold til, hvordan A ønsker, at kræften bliver behandlet. A er meget utryk, når personalet forsøger at motivere til yderligere behandling eller kontroller af kræften, og A's psykiske sygdom bliver forværret. Skal personalet fortsat motivere, eller skal man undlade det for at beskytte A og værne om A's psykiske sygdom?

### 3. Den etiske analyse:

#### Paternalisme – At tage valg på vegne af andre

Paternalisme findes allerede i flere grader i vores sundhedsvæsen, f.eks. når vi indkalder til screening (en blød paternalisme), eller når vi udøver tvang (en hård paternalisme). Paternalisme betyder, at man handler på andres vegne på baggrund af sin "bedre" viden for at forsøge at få dem til at handle på en bestemt måde. Graden af paternalisme afgøres af, hvorvidt den anden har mulighed for at vælge til eller fra, når man forsøger at påvirke dem til at vælge det "bedre" valg. Paternalisme står ofte i kontrast til autonomi. Autonomi betyder selvledelse. Evnen til at vælge, hvordan man ønsker at leve sit liv. Autonomibegrebet er skabt ud fra idéen om, at alle mennesker er fornuftige og har adgang til fornuften. Derfor kan de træffe frie fornuftige valg. Autonomien bliver dog påvirket, hvis man er under pres eller ikke kan bruge fornuften (f.eks. når man er syg eller psykotisk). Dette kan ske i forskellige grader, og det er behandlerens opgave at vurdere, hvornår man skal respektere autonomien (ud fra de juridiske rammer, der er omkring dette), og hvornår vi skal handle paternalistisk for patientens bedste. Autonomi og selvbestemmelse er også sikret som juridiske rettigheder.

Nogle gange kan vi udøve misforstået autonomi, hvor vi antager, at den andens beslutninger er autonome. For at en beslutning kan være autonom, skal den være taget frit uden ydre eller indre pres på baggrund af nødvendige informationer. Patienten skal kunne forholde sig til sig selv, sin situation og sine ønsker for, hvordan patienten ønsker at leve sit liv. Autonomi kan både ses som en rettighed, der beskytter patienten fra andres indblanding eller et krav, der forpligter sundhedspersonalet til at følge patientens ønsker. Nogle gange kan værdien autonomi føre til et svigt af en patient, fordi vi antager, at patientens beslutninger er autonome. Derfor kan vi lade patienten opføre sig på en måde eller vælge noget, de ikke ville have valgt, hvis de havde været raske, fordi de ikke er i stand til at vælge pga. deres sygdom og sårbarhed, og vi gerne vil respektere værdien om autonomi. Dette kan dog være med til at øge patientens sårbarhed og skade patienten, fordi de får et ansvar, de ikke kan leve op til.

Ansvar spiller en stor rolle i dilemmaet. Region Syddanmarks sundhedsvision er "Du tager ansvar for din sundhed, sammen tager vi hånd om din sygdom". Psykisk syge kan være for syge til at tage ansvar for deres sundhed, men betyder det, at ansvaret automatisk overgår til behandlerne? Har man ansvar for andet end den sygdom, man skal behandle? I dilemmaet er personalet påvirket af patientens manglende kontroller, fordi det ikke er blevet afgjort, hvem der har ansvar for hvad, og hvordan man ønsker at løfte et ansvar, A ikke selv kan tage. I vores relation føler vi et ansvar for patienten om at beskytte og behandle ikke blot sygdommen, men også at værne om A's "det gode liv". Vi har mulighed for at gøre mere, men er det virkeligt for patientens bedste, eller er det bedre, at patienten lever livet bedst muligt med risiko for, at livet bliver afkortet af kræften? Personalet føler et "bør" i forhold til, hvordan de behandler A, som kommer fra deres omsorg for A, men det er ikke sikkert, at kontroller er det mest omsorgsfulde at gøre for A i situationen. Hvordan værner vi om den relation og tillid, vi har med A, og hvornår svigter vi den – hvis vi gør det?

#### Usikkerhed og kontrol

Vi har mange muligheder for at undersøge, opdage og behandle tidligere. Muligheder, der har gjort, at vi kan redde flere fra sygdomme som kræft. Disse muligheder har dog også konsekvenser. F.eks. ser man ved screeninger, at man indkalder raske mennesker for at undersøge dem. Disse indkaldelser kan give bekym-

ringer, smerter og falske resultater. Det er frivilligt at deltage i screeningsprogrammer, og det er op til den enkelte, hvorvidt man ønsker at deltage. Mange tænker, at hvis der er noget, kan man behandle det hurtigt, og hvis der ikke er noget, kan det give ro i sindet at vide, at der ikke er noget. Screeninger kan dog give en falsk tryghed, fordi sygdommen kan udvikle sig hurtigt dagene efter undersøgelsen. Som samfund har vi taget den paternalistiske beslutning, at det er en god investering at undersøge tidligt gennem screening-programmer.

Viden forpligter. Når vi ved noget, bliver vi nødt til at handle på det. I sagen ved vi, at A har haft kræft, som kan blive forværret igen. Derudover ved vi også, at man normalt anbefaler, at man går til kontrol, for at have mulighed for at handle hurtigt, skulle kræften komme tilbage. Vi ved også, at jo hurtigere vi opdager kræften, desto bedre chancer har vi for at kunne behandle den. Hvis vi handler, som vi synes er bedst, og gennemtvinger kontroller (gennem motivation/manipulation), bliver vi også nødt til at handle, hvis man finder noget. Samtidigt betyder dette, at vi skal udfordre vores faglige integritet, fordi A ikke ønsker at blive kontrolleret. At få A motiveret til at deltage i kontrollerne, kan overskride både A's og vores egne grænser for, hvad en god og meningsfuld behandling er. Det påvirker klinikernes integritet og faglighed, fordi man ikke kan give den behandling, man mener, er fagligt bedst, fordi patienten er for syg til at kunne forholde sig til sin sygdom. Vi kan føle, at vi svigter patienten, fordi vi ikke løfter det ansvar, A ikke selv kan tage på sig.

Det kan være, at A's kræft er tilbage og kræver operation eller kemobehandling. Her vil vi have mulighed for at tvangsbehandle, hvis A er psykotisk, men er det det bedste at gøre for A? Vi kan kun tvangsbehandle behandling, så uden kontroller kan vi ikke vide, hvordan A's kræft udvikler sig. Er det mest retfærdigt for A, at man gør alt, hvad man kan for at behandle A's kræftsygdom, fordi A ikke selv kan tage det ansvar, eller dømmes man A til en behandling, A ville have mulighed for at vælge fra, hvis A ikke var psykotisk? Er det vores eller systemets behov for at kontrollere borgernes sundhed og sygdom, der kommer til udtryk, eller er det et udtryk for at behandlerne føler, at de svigter A ved ikke at kontrollere A's kræft?

### **Det gode liv er sårbart.**

Det gode liv er i fare, når vores helbred er påvirket - Når vores livskvalitet er i fare, eller vi er bange og bekymrede. Det gode liv kan være at leve livet på en bestemt måde. Denne måde er ikke nødvendigvis sund, men kan man sætte et lighedstegn mellem at ryge og ønske at dø af kræft? Selvom man ryger, kan man ønske at modtage behandling mod evt. kræftsygdomme. Det gode liv er op til den enkelte at bestemme, hvordan de ønsker at leve. Det kan indebære at leve et liv uden behandling af sygdomme. Fordi A er psykotisk, har A brug for behandlernes hjælp, men det gør også, at vi får mulighed for at bestemme og præge A's liv. Vi er derfor i risiko for at pådutte A vores normer og ønsker for, hvordan vi ønsker at leve vores liv. I nytteetikken er en af metoderne for at vælge det gode, at man skal forholde sig til valget, som en objektiv tilskuer i stedet for en aktør i dilemmaet. Ellers er der fare for, at man vælger efter det gode for sig selv i stedet for det gode for mange. Det samme må vi gøre her. Hvis vi ikke igennem kommunikation med A, kan nærme os en idé om, hvad A's idé om det gode liv er, må vi betragte det som objektive tilskuere og vælge, hvad der gør godt for flest. Som aktører kan behandlerne frygte, at deres handlen eller ikke-handlen kan gøre skade på A eller gøre, at de svigter deres ansvar. I pligtetikken vil man se en psykotisk patient som ufornuftig, derfor kan man ikke stole på patientens valg og ønsker. Som pligtetikker kan vi ikke forsvare at lade den ufornuftige lede sit liv ufornuftigt, når vi har mulighed for at træffe fornuftige valg på den ufornuftiges vegne.

### En uretfærdig behandling

Det er ikke retfærdigt, at A skal stille i en situation, hvor A skal tage valg, A ikke kan forholde sig til, eller at A på grund af sin psykose får en dårligere behandling, end A ellers kunne have fået. Det er op til den enkelte, hvilke behandlingstilbud man ønsker at tage imod, men A er stadig for påvirket af sin psykiske sygdom til, at A kan forholde sig til sin sygdom og de potentielle konsekvenser af ikke at gå til kontroller. Samtidigt er det også uretfærdigt for A, at A ikke må beslutte, hvordan A vil behandle sin kræftsygdom, fordi A er psykotisk, og man derfor vælger det fagligt bedste, i stedet for det, der har værdi for A. Klinikerne forsøger i så høj grad som muligt at forstå A's værdier og ønsker for sit liv og tilpasse behandlingen hertil, men psyko- sen vil blive ved med at mudre billedet. Uretfærdigheden bliver tydeligere pga. klinikernes begrænsninger. De kan igangsætte en behandling, men ikke vedligeholde den med kontroller. De kan dermed ikke give den bedste faglige behandling, fordi de ikke må tvangskontrollere, selvom A's autonomi er skadet.

### 4. Bør omsorgen for den syge patient ske på bekostning af en øget risiko for udvikling af en dødelig fysisk sygdom?

Ja...

- Bekymringen skader A og gør A angst.
- Vi bliver nødt til at behandle, hvis vi finder noget.
- Det krænker A's integritet og værdighed.
- Den daglige kontakt til A's bliver bedre – A får det værre af at blive kontrolleret eller blive presset til at tænke over kræften.
- Det er ikke retfærdigt, at A ikke må vælge sin egen behandling, fordi A er syg.
- A er ikke i stand til at gennemføre en behandling, hvis man finder noget.

Nej...

- Det er ikke retfærdigt, at A får en "dårligere" behandling, fordi A ikke kan forholde sig til informationen.
- Det er et urimeligt ansvar, lægen påtager sig, når han afstår fra at motivere for den kontrol som anbefales, og det, der er den fagligt bedste behandling for A's kræft. Det beskytter lægens faglige integritet at følge de planlagte kontroller.
- Andre bliver bekymret for A og føler et ansvar for A.
- A følger sin medicinering og viser dermed, at A ikke ønsker sygdommen.
- A ønsker ikke at have kræft.

---

### Sag 78 – Hvor langt strækker psykiatriens ansvar for den syge patients valg, når vi tvangsindlægger patienten?

1. Sagen er indsendt af en kliniker.

2. En patient er tvangsindlagt. Under indlæggelsen forsøger personalet at hjælpe patienten(A) med sine mange dyr, der er efterladt i hjemmet uden nogen til at passe dem. Patientens sygdom gør det svært at samarbejde med patienten eller stole på patientens samtykke – med hvad har vi ansvar for, når vi tvangsindlægger en sårbar patient?

### 3. Den etiske analyse:

#### Specialiseret hjælp kan øge sårbarhed

Vi bliver dygtigere og dygtigere til at behandle psykisk sygdom. Vores afdelinger bliver mere specialiserede, så vi kan bruge vores kunnen og behandle hurtigt og effektivt, men patienter som A ofte har mere end et problem. Når vi er for specialiserede, værner vi ikke om patientens sårbarhed, og vi kan – gennem vores specialiserede handling – være med til at udløse en dominoeffekt, der gør patienterne mere sårbare. Vores fokus på en ting, gør os gode til at behandle den ting, men ikke altid til meget hjælp overfor en kompleks problemstilling, der rækker ud over vores faglighed.

Personalet er også sårbare. De er presset af et "bør", fordi de "kan", men ikke "skal" hjælpe patientens dyr. Personalet kan være bange for at gøre det forkerte, fordi de føler et "bør", der ligger udenfor regler og retningslinjer og bremser deres intuitive etik og moral. Juraen og reglerne kan være med til at forvrænge etikken, fordi "bør" kan blive overskygget af "kan" og "skal". Ved at fokusere på både kurrativ og palliativ behandling, kan vi imødekomme situationer som denne, hvor det er elementer udenfor sygdommen, der er med til at påvirke A's sygdom. Ved at fokusere på lindring, kan man argumentere for, hvorfor det er personalets opgave at sørge for, at der er nogen, der kan tage vare på dyrene, fordi det er en del af patientens livskvalitet og med til at påvirke A's sygdom.

#### Tillid er grundlaget for en god relation.

En god relation er grundstenen for en god behandling. Derfor er det vigtigt, at vi beskytter tilliden mellem patient og behandler, så man kan opnå den optimale behandling. Tilliden styrkes, når vi griber et ansvar, patienten ikke selv er i stand til at løfte, men svigtes, når vi ikke gør. Vi ødelægger også tilliden og relationen, hvis vi bruger manipulation og usikre samtykker til at opnå noget. Det kræver altså en afvejning og sondring af, hvorvidt vi styrker patientens ønsker, og dermed handler på patientens vegne, eller om vi handler for at sikre dyrenes overlevelse, selvom det muligvis kan være på bekostning af, at patienten føler sig svigtet. Hvorvidt det overhovedet er muligt vælge mellem disse alternativer uden, at patienten kan føle sig svigtet? Fagligt skal vi søge et samtykke, men også kunne vurdere, hvorvidt samtykket er pålideligt eller ej. Hvis vi ikke kan stole på samtykket, men tager det alligevel, risikerer vi, at patienterne ikke stoler på os. Samtidigt kan dette muliggøre, at vi kan løfte et ansvar, patienten ikke er i stand til pga. sin sygdom.

#### Bliver brugt som middel for hvem

Vi ønsker at opnå et mål. At patienten bliver velbehandlet hurtigt og kan komme hjem til egen bolig. Herunder er det også vigtigt, at vi værner om patientens integritet og værdighed. At komme hjem til en bolig fyldt med døde dyr kan være grænseoverskridende for patienten og skade A på sigt. Derfor forsøger vi at finde løsninger, hvor vi kan værne om både A's sygdom og sundhed. Men gør dette, at menneskene omkring A, der har en god relation til A, bliver brugt som middel til, at A skal have det godt? I pligtetikken siger man, at mennesket altid er et mål i sig selv, og aldrig må bruges som middel for andre. Herunder ligger der en forståelse af, at man gerne frivilligt og ved brug af sin fornuft må gøre sig selv til middel – f.eks. indgå en kontrakt og få et arbejde – men man må ikke blive manipuleret eller tvunget til at gøre noget for en andens skyld. Hvis A havde været i kontakt med sine pårørende, havde vi forsøgt samarbejde med dem om dyrenes velfærd, og vi kan risikere at gøre dem til middel for A's velfærd, fordi der ikke er andre, der kan løfte opgaven. A har ingen pårørende, derfor prøver vi at samarbejde med den ambulante sygeplejerske, der har et

godt forhold til A, selvom A ikke er hendes patient, mens hun er indlagt. Vi risikerer at bruge hinanden som middel for at opnå noget godt, men på sigt kan det skade den ambulante sygeplejerskes relation til A og samarbejdet mellem afdelingen.

Samtidigt må vi heller ikke bruge A som et middel for, at dyrene har det godt. A's autonomi er påvirket af A's sygdom, og A har ringe, hvis nogen, selvbestemmelse. A kan være presset af sin sygdom, men også af sin tidligere erfaring med afdelingen, der tog sig af A's dyr, hvor A endte med en stor regning og måtte aflive sine dyr. Man må derfor vurdere A's ønsker ud fra, hvad vi ved om A, og hvordan A normalt lever sit liv. A passer normalt dyrene, derfor kan vi antage, at A ønsker, at dyrene skal overleve, selvom vrangforestillingerne også påvirker A's forhold til sine dyr. A kan virke lidt ligeglad eller ubekymret, men vi antager, at dette skyldes, at A ikke kan se konsekvenserne af, at dyrene ikke bliver passet.

#### **Retfærdig behandling og fordeling af ressourcer**

Patienten er meget sårbar og mangler ressourcer. A's tvangsindlæggelse kan gøre, at A bliver endnu mere sårbar, fordi A kan stå tilbage med en regning til ting, A ikke havde mulighed for at vælge til eller fra. Det er ikke retfærdigt overfor A, at man har valgt at tvangsindlægge A uden også at sørge for at tage ansvaret for dyrenes velfærd, da A ellers ville have sørget for dem. Der er forskel på fysisk og psykisk sygdom, og psykisk syge kan ikke nødvendigvis forsikre sig ud af at få dyrene passet under en indlæggelse, som fysisk syge kan. Skal psykisk syge kunne vide, at de aldrig vil blive tvangsindlagt for, at de "må" have dyr. Kan man overhovedet forholde sig til alle mulige og umulige konsekvenser i fremtiden, når man anskaffer sig dyr? Kan man forsvare at bruge ressourcer på ikke-behandling, som kunne være blevet brugt til at behandle andre patienter? Samtidigt kan det være, at det er en billig investering at gribe hurtigt ind fremfor at vente og se, fordi patienten kan have en efterreaktion, hvis dyrene dør under A's indlæggelse.

Afdelingen beder den ambulante sygeplejerske tage ind til A, fordi hun har en god relation til A. Men er det retfærdigt, at lokalpsykiatrien skal bruge en halv dag på en patient, der ikke er indskrevet hos dem?

#### **4. Bør vi respektere patientens autonomi/selvbestemme, selvom det betyder, at dyrene kan dø**

Ja...

- Det er vi juridisk forpligtet til.
- Det er ikke vores ansvar at passe patientens dyr.
- Det kan være med til at beskytte relationen.
- Vi er i tvivl om, hvor meget A's autonomi/selvbestemmelse er påvirket.
- Det er det sikreste for personalet.
- Vi har god grund til at mistænke, at patientens relation til dyrene ikke er stærk (når A er stærk psykotisk).
- Vi kan ikke overskue konsekvenserne.
- Der er en særlovgivning, der kan tage over. Der er andre, der skal tage sig af det. Vi har gjort nok.
- Vi kan ikke nødvendigvis opretholde pasningen, hvis vi ser bort fra A's autonomi, og tager os af dyrene uden samtykke.
- Det overskrider personalets faglige integritet at skulle tage ansvar for dyr.

Nej...

- Dyrenes liv har værdi i sig selv og en værdi for A.
- Det vil være at gøre godt på langt sigt.
- A kan ikke forstå konsekvenserne af sine valg på langt sigt.
- På langt sigt kan det påvirke patienten positivt.
- Vi kender ikke konsekvenserne af vores valg.
- A er tvangsindlagt – hvis ikke A var indlagt, ville A passe dyrene.
- A er psykotisk og kan ikke tage vare på sig selv eller sine dyr.
- Patienten vil ikke inddrage sine pårørende, så de kan sig af dem.
- Vi skal beskytte A's lejemål, og der kan være økonomisk konsekvenser for A i form af erstatning.
- Det krænker personalets integritet, at dyrene lider.
- Viden forpligter.

---

### **Sag 79 – Hvordan påvirker religion relationen mellem behandler og patient?**

1. Sagen er indsendt af en patient.

2. Det er kendt i psykiatrien, at nogle patienter oplever en åndelig eller religiøs dimension i deres sygdom. En patient har med baggrund i sin egen historie ønsket at starte en dialog med psykiatrien om, hvordan der er plads til religion i psykiatrien og behandlingen. Dilemmaet blev behandlet som et generelt tema, hvor medlemmerne og patienten kom med oplæg om deres erfaring med at arbejde med psykiatri og religion.

#### **3. Den etiske analyse:**

##### **Psykiatriens grænser og muligheder**

Psykiatrien og tro er ikke modsætninger, og der er plads til tro i psykiatrien, men hvordan og hvor meget der er plads til, afhænger af afdelingernes kultur. Alle medlemmerne er enige om, at der er plads til tro og religion, men der er også en grænse. F.eks. kan man ikke forestille sig, at man tillod en patient at blive "behandlet" med en djævluddrivelse. Tro kan være et supplement til behandlingen, men den kan ikke stå i stedet for behandling, hvis det er psykiatrien, der skal udføre den. Det skal stadig være forsvarligt overfor patienten.

Der kan være en konflikt mellem patientens forventninger til behandlingen og psykiatriens pakkeforløb og prioriteringer. Der er ingen klare linjer for, hvordan man skal prioritere tro i behandlingen samt, hvordan man åbner op for den samtale. Ved at det indgik tydeligere i forløbet f.eks. ved at have en plads i indlæggelseskemaet, kan man holde fokus på patienternes eksistentielle behov.

I lægeløftet er der plads til et religiøst rum mellem læge og patient, men det er forskellige fra læge til læge, hvordan dette bliver gjort i praksis. Forskellige måder at forstå sygdom på, skaber også forskellige måder at forstå patientens evt. behov for religion på. Samtidigt er personalet også begrænset af, hvad der rent praktisk er muligt at gøre i behandlingen. Personalet skal være trygge i at tale om eksistentielle problemer. De kan nemt føle, at de kommer på usikker grund, eller får ansvar for noget, de ikke kan løfte selv. Der er mange måder, hvor på man kan tale om religion og patienternes åndelige spørgsmål. De forskellige fagligheder har forskellige muligheder for at italesætte tro og dennes betydning for patienten. Man skal være klædt



ordentligt på for at kunne være nysgerrige og åbne overfor patientens tro og eksistentielle spørgsmål og bekymringer.

Forståelsen af patientens værdier og tro kan være med til at skabe nye muligheder for behandling og nye måder at skabe relationer og tillid på. Religion og lægevidenskaben kan samarbejde, men de kan også være i så stor konflikt, at en må bøje sig. Patienter kan fravælge en behandling pga. religiøse hensyn. Dette kan udfordre det sundhedsfaglige personale, især når det drejer sig om livsnødvendig medicin.

### **Præster som ressourcer på afdelingen**

Det er muligt for patienter at komme til at tale med en præst i løbet af deres behandling. Præster skal ikke føre journaler, og de har ofte mulighed for at tale i længere tid, end personalet har. Samtidigt har præster en anden faglighed end personalet, der kan give nogle indspark og støtte til patientens eksistentielle lidelse. Præsterne vil typisk være godkendt af sygehuset, hvis der kommer andre religiøse personer ind udefra for at give eksistentielle samtaler, er det vigtigt, at sygehuset kan stå indenfor deres faglighed, så det er forsvarligt, og man undgår ekstremerne. Vi kan samarbejde med religiøse fagpersoner, evt. lave vidensdeling eller fællesuddannelse, så vi får skabt nogle snitflader, hvor vi kan lære af hinanden og styrke et samarbejde. Samtidigt kan afdelingerne blive bedre til at oplyse om, at der findes hospitalspræster, og hvad disse kan tilbyde patienterne. Der er stor forskel fra afdeling til afdeling, hvordan præsterne bliver brugt. Nogle steder bliver præsterne brugt uanset hvilken religion, patienterne har.

4. For at give en god behandling, må vi behandle forskelligt. Ved at tage hensyn til patienternes religiøse baggrund, kan andre opleve, at de bliver behandlet ulige, fordi man går langt for at tage hensyn til den anden. Der vil altid være en vis ulighed mellem måderne, vi behandler patienterne på, fordi de har forskellige behov. Ved at afvise eller ignorere patienternes eksistentielle lidelse og tro, gør vi os selv til dommere over den gode behandling. Tro kan have en positiv effekt på sygdommen, og vores forløb har forskellig effekt, ikke alle forløb går godt. Derfor kan vi ikke afvise, at tro kan indgå som en del af den gode behandling. Patienten har lov til at vælge sin egen behandling, samtidigt er vi begrænsede af hvilke behandlingstilbud, vi har mulighed for at tilbyde. I andre lande f.eks. Norge spiller religion en langt større rolle i den gode behandling.

5. På baggrund af sagen, blev der lavet en evaluering med patienten, der havde en generel god oplevelse af at få sit dilemma behandlet af KEK. Undervejs i processen og efterfølgende var der opstået nye perspektiver og forståelser af situationen.

---

### **Sag 80 – Hvad er vores ansvar overfor de pårørende, når patienten har valgt dem fra – muligvis påvirket af sin vrangforestilling?**

1. Sagen er indsendt af en kliniker.

2. En patient(A) lever med en vrangforestilling om, at A har en religiøs rolle. Patienten er glad for sit liv, og lever både subjektivt og objektivt et bedre liv med denne vrangforestilling. Dog får denne vrangforestilling A til at vælge sin familie fra, da A ikke tror, at det er A's familie. Familien er meget forpint pga. dette, og behandleren har jævnlige kontakt til især et familiemedlem. Da der ikke er samtykke til at dele informationer med pårørende, kan behandleren dog kun give generelle oplysninger. Fastholder vi både behandler, A

og familien i en skadelig situation ved at fortsætte denne ordning og forsøge at motivere A til at genoptage sit forhold til familien, eller træffer A et afgørende fravalg på baggrund af sin vrangforestilling?

### 3. Den etiske analyse:

#### Behandlerens dilemma

Som sundhedsfaglige skal vi behandle mennesker med psykiske lidelser. Hvor den psykiske lidelse kan være kompliceret nok i sig selv, sætter mennesket os i nye komplicerede dilemmaer. Vi vil gerne støtte op om pårørende og værne om den relation, så godt som vi kan. Dels for at gøre godt for patienten, dels for ikke at skade andre i forsøget på at gøre godt for andre. Vi bliver involveret i patientens liv, og vi skal hjælpe patienten til at leve det bedst mulige liv. Derfor kommer vores egne værdier i spil, især når patienten er ambivalent, har vrangforestillinger og er påvirket af deres sygdom i sådan en grad, at vi kan være i tvivl om, hvorvidt de selv kan tage autonome valg.

B er glad for kontakten med behandleren, men vi kan ikke gøre noget for B. Vi forsøger fortsat at hjælpe A til at genoptage sit forhold til B, men er det vores ide om det gode liv, der styrer, hvordan vi behandler A? Vores faglighed kommer til kort i forhold til vores fortsatte kontakt til B, fordi vi ikke kan gøre mere, end vi allerede har gjort, og A ikke ønsker, at B skal være involveret i A's behandling eller liv.

Holder vi B fast i et forhold, der skader mere, end det gavner? Burde vi "afslutte" B for, at B kan finde hjælp andre steder – f.eks. ved PsykInfo eller pårørendegrupper – hvor de har en anden faglighed og måske kan hjælpe B bedre? Overskrider vi A's værdighed og integritet, fordi vi gentagende gange bliver ved med at forsøge at motivere A til at have en kontakt til B, selvom A ikke giver udtryk for, at A savner nogen, er ensom, eller har lyst til at se sin familie.

Det er også hårdt for behandlerens integritet at skulle fastholde en kontakt til B, når behandleren ikke kan hjælpe B. Hvornår må man som behandler sige fra? Kan B sige fra? Er B tilstrækkeligt oplyst, så B kan fravælge kontakten med A, skulle B ønske at gøre dette? Gør vi mere skade på B ved at fastholde kontakten, end hvis vi guidede B et andet sted hen? Hvordan er vores ansvar overfor B, når det er A, der er vores patient?

#### Kan vi forholde os til konsekvenser, når en vrangforestilling påvirker virkelighedsopfattelsen?

Autonomien kræver, at man kan tage frie valg ved brug af sin fornuft uden indre eller ydre pres, hvor man kender konsekvenserne og er i stand til at forholde sig til dette. I sager som denne, kan man være i tvivl om, hvorvidt A's autonomi er intakt nok til, at A kan forudsige konsekvenserne af sine valg. På trods af sin sygdom, lever A et forholdsvist normalt liv, hvor A kan tage mange valg om, hvordan A ønsker at leve sit liv. Måske kan A's ønske om ikke at se sin familie også være et udtryk for dette? Måske kan A forholde sig til nogle valg i sit liv, men er for syg til at kunne forholde sig til andre valg. Der opstår vores dilemma, fordi vi kan være i tvivl om A kan forholde sig til konsekvenserne af fravalget af sin familie. Derudover har familien, især B, spillet en stor rolle i A's liv, hvor A har ønsket dem involveret. En af grundene til, at vi har det svært med A's fravalg, er, at A begrundet det med, at det ikke er A's rigtige familie pga. vrangforestillingen (som A oplever som sandheden).

**Kan vi gøre skade?**

Der er en mulighed for, at andre vil stigmatisere A, fordi A skiller sig meget ud fra samfundet pga. sin vrangforestilling. A gør dog mere og mere for at tilpasse sig samfundet og skille sig mindre ud.

Både B og resten af familien savner A, og de er forpinte, fordi A ikke ønsker kontakt med dem. På sidst kan det tære så meget på familien, at A helt mister sine pårørende. Vi ved ikke, om A's fravalg af familien nu, kan gøre det umuligt for A at genetablere en kontakt med familien igen på et senere tidspunkt, hvis A skulle skifte mening eller have brug for dem igen.

**4. Bør vi afvikle kontakten til B, når vi pt. ikke kan motivere patienten til samarbejde eller få samtykke til at dele information?**

Ja...

- Vi kan ikke give B det, B ønsker. Der er andre, der kan give B en anden – muligvis bedre – hjælp.
- Det gør skade på behandleren og krænker behandlerens integritet, da behandleren ikke kan bruge sin faglighed eller hjælpe B, sådan som behandleren ønsker at kunne hjælpe B.
- Patienten har ikke et ønske om, at B skal være involveret i A's behandling.

Nej...

- B ønsker kontakten og er glad for det. Det giver mening for B og fastholder et håb.
- Vi kan samarbejde med de pårørende og stadig overholde tavshedspligten.
- B er en vigtig del af netværket og har tidligere været meget støttende. B kan være et sikkerhedsnet for A på langt sigt. Vi kan risikere, at B giver op, og A mister sin familie på langt sigt.

**Bør vi acceptere patientens fravalg af sin familie, når vi er i tvivl, om A er autonom nok til at kunne træffe det valg?**

Ja...

- Man vurderer, at A kan overskue konsekvensen af at sige nej til B. A vælger til eller fra i andre aspekter i sit liv.
- Vi er i tvivl, om beslutningen er truffet på et psykotisk grundlag.

Nej...

- Grunden A giver til at fravælge sin familie er præget af en psykotisk vrangforestilling.
- Vi er i tvivl, om beslutningen er truffet på et psykotisk grundlag.
- Det kan skade A på sigt – A kan miste sit sikkerhedsnetværk, skulle A blive mere syg igen.

---

**Sag 81 – Hvornår skal vi behandle?**

1. Sagen er indsendt af en kliniker.

2. Patienten A lider af svær PTSD. A oplever, at et dødt familiemedlem besøger A i tide og utide. A er glad for disse besøg, men har søvnproblemer. Familiemedlemmet døde for nyligt, og teamet omkring A tænker,

at det kan være udtryk for en sorg, et savn eller en overtro. En psykiater vurderer, at A skal udredes for psykose, men det ser teamet omkring A ingen grund til – hvad skal vi behandle – og hvornår?

### 3. Den etiske analyse:

#### Hvor meget usikkerhed kan vi være i?

I sager som denne spiller usikkerheden en stor rolle. Er det bedst at se tiden an eller hurtigt gribe ind, selv om patienten ikke selv mener, at der er et problem? Hvis vi ikke gør noget, risikerer vi, at A kan få det værre og i værste tilfælde gøre skade på familien. Vi har dog en god kontakt til A, og der er jævnlige besøg, så risikoen for dette vurderes som lav. Ved at behandle den mulige psykose kan det være, at det hjælper på A's søvn, og giver A noget overskud tilbage, så A har ressourcer til resten af sin familie og trives bedre. Men vi kan også blande os i eller afvise en vigtig del af A's sorgproces samt ødelægge den tætte relation, A har med teamet. Begge valg har fordele og ulemper, og intet resultat er sikkert. Det er med til at besværliggøre dilemmaet. Derudover har psykiateren formelt retten og ansvaret til at bestemme A's behandling, selvom teamet mener, at man træffer et forkert valg.

#### Syg sorg?

Sorg bliver i højere grad præget af en sygdomsforståelse, og man kan tale om sund sorg eller usund sorg. Ved at se A ud fra et helhedsbillede, og hvordan A's sorg ellers påvirker A's liv og evne til at leve det liv, som A ønsker at leve, kan man vurdere, hvorvidt det er en sorg, man skal behandle eller en, man skal lade være.

#### Kan sygdom forklare alt?

B's besøg kan være udtryk for mange forskellige ting – overtro, kultur, sorgreaktion eller psykose. Tolker psykiateren det som en psykose, fordi man der har mulighed for at handle og hjælpe A, der er forpint af sin manglende søvn? Bryder det med psykiaterens virkelighedsforståelse, at der kan være andre forklaringer på B's besøg end psykose? Psykiaterens forståelse af besøgene som udtryk for psykose bryder med teamets forståelse af A's behov og sygdom, da de ikke ser det som et udtryk for noget, der kræver akut behandling. Dilemmaet udfordrer faglighed, fordi teamet og psykiateren har forskellige fagligheder og forståelser af A og af sygdom. Samtidigt kan man også argumentere for, om man ser A ud fra en helhedsforståelse, eller man forstår besøgene som vrangforestillinger. Når A er glad for besøgene, og det ikke påvirker A's liv mere negativt – hvorfor skal vi så gribe ind og behandle? Kommer vi til at overbehandle en situation, hvor vi har mulighed for at følge forløbet og gribe ind, hvis det påvirker A mere negativt, eller A ikke længere ønsker besøg? Blander psykiateren sig i noget, der ikke er blevet bedt om – eller vil det være et svigt, hvis psykiateren ikke ser besøgene som et udtryk for en psykose, hvis det viser sig, at det er en psykose?

### 4. Bør man vægte teamets vurdering af patientens sygdom og behandling over psykiateren vurdering af patientens sygdom?

Ja...

- Teamet er tættere på patienten og dem, der har relationen og A's tillid. De har en god forudsætning for at vurdere patientens tilstand og behov.

- Patienten har en god oplevelse og er glad for, at B besøger A om natten. A oplever ikke, at det gør skade udover den dårlige søvn, som A gerne vil have hjælp til. Vi kan prøve at behandle A's søvnproblemer først, da det er dem, A er forpint over.
- Vi ved ikke, hvilken effekt antipsykotisk behandlingen vil have på patientens sygdom/helbred.
- Teamet vil gerne behandle en potentiel psykose i eget regi.
- Man har jævnligt kontakt til A og resten af familien og vurderer, at der ikke er grund til bekymring for A's eller deres trivsel i forhold til, hvordan A normalt trives med PTSD.
- Vi kan prøve at lave aftaler med B, så B kun besøger A bestemte dage.

Nej...

- Fordi det er psykiateren, der har ansvaret.
- Der er mulighed for, at behandlingen har en positiv effekt på patienten.
- A er ansvarlig for andre, vi må gøre, hvad vi kan for, at A kan tage sig af dem.
- Man har ikke spurgt patienten, om A ønsker antipsykotisk medicin, vi ved ikke, om A vil ønske dette, men vi antager, at A ikke vil det, da A fortæller, at A er glad for sine besøg.

---

## Sag 82 – Hvordan skal psykiatrien tage ansvar for patienternes fysiske symptomer?

1. Sagen er indsendt af en kliniker.

2. Patienten(A) har et forløb ved lokalpsykiatrien. A klager meget over fysiske symptomer, og A er bekymret for, at der er noget alvorligt galt, som lægerne ikke kan finde, fordi de ikke kender A eller ikke tager A alvorligt. A's fysiske symptomer er med til at forværre A's psykiske sygdom. Skal personalet igen følge A op til egen læge som støtte, eller skal vi støtte lægerne, der har udredt A og gentage, at der ikke er noget fysisk galt, og derfor er der ingen grund til, at vi skal følge A op til lægen?

3. Den etiske analyse:

### Hvad ønsker A?

A's autonomi er presset, dels af A's psykiske sygdom, dels af A's sygdomsangst. A ønsker at blive taget alvorligt og få at vide, hvad der er skyld i A's fysiske symptomer, men A har ikke selv ressourcerne til at tage til lægen og blive udredt igen. Hvis behandlerne hjælper A til lægen, kan det ses som en støtte og beskyttelse af A's autonomi, da man hjælper A med at være styrmand i eget liv på et tidspunkt, hvor A ikke har ressourcerne til at gøre det selv. A er ikke syg nok til, at hjælpepligten bliver aktuel juridisk, men det er tydeligt for behandlerne, at der er et menneske, der har brug for hjælp, som vi kan hjælpe. Problemet er at vide, hvilken form for hjælp, der hjælper A bedst? Ved at støtte A og tage med til lægebesøg, kan vi være med til at fastholde en bekymring og sygdomsangst. A er blevet udredt en gang før, der er selvfølgelig altid en risiko for, at der kan være sket en fejl, og man bør udrede A igen, men vi regner med, at vi kan stole på vores kollegaers faglighed. Samtidigt ved vi heller ikke, hvilke prøver og tests man har valgt at lave, om A kan fejle noget, man ikke kan teste for, eller om der er andre prøver, der kunne være relevante for at finde årsagen til A's fysiske symptomer. A's tilstand er stabil og bliver hverken væsentligt værre eller bedre, hvilket også kan gøre det svære at finde ud af, hvad der er det rigtige at gøre for at hjælpe A bedst. Vi mangler forståelse af sygdommen og risiko for usikkerhed, og det gør A også. Et besøg ved lægen kunne også have til formål at berolige A og tale om de undersøgelser, man har lavet, og hvorfor man mener eller ikke mener,

at det er nødvendigt at lave flere undersøgelser. Behandlerne mistænker, at A ikke har lyst til at tage op til lægen, fordi A er bange for at blive afvist eller ikke blive taget alvorligt igen.

### **Psykisk sygdom kan sløre fysiske symptomer**

Mange psykiske sygdomme kan have fysiske symptomer. Derfor kan det være svært for både behandler og patient at vide, hvad nye symptomer skyldes. A er meget bange for at blive sat i en kasse eller blive stigmatiseret pga. sin psykiske sygdom. A ønsker at blive set som menneske fremfor diagnose. A bruger meget energi på at opretholde en facade overfor omverden, så det kun er ganske få, der ved, hvor syg A er. A er bange for, at lægerne ikke ser A for den, A er, men de forstår A ud fra et generelt billede af, hvad man skal kunne i A's alder eller ud fra den psykiske diagnose. A's gode form gør, at A har et bedre udgangspunkt end mange andre, mener A. A har været på flere forskellige afdelinger og har set flere læger, der er en risiko for, at der ikke er blevet koordineret på tværs af afdelingerne, og man har overset noget på grund af dette. Er det værdigt eller retfærdigt, at man ikke bliver undersøgt igen, fordi man har en psykisk sygdom, der kan forklare symptomerne, selvom A ikke mener, at den har en påvirkning på A's fysiske symptomer. A's psykiske sygdom skal ikke gøre, at man ikke tager de fysiske symptomer alvorligt, samtidigt har man allerede undersøgt A en gang uden at finde noget, hvorfor bør man gøre det igen?

### **Når man har mulighed – har man så også ansvaret?**

A ønsker ikke at være syg. Derfor siger A også nej til mange tilbud om hjælp fra andre instanser end psykiatrien, fordi A ikke ønsker at få et mærkat på sig. A er meget afhængig af hjælp fra psykiatrien, fordi de er de eneste, der har en kontakt til A og kender hele historien. A er meget knyttet til sine behandlere, og A stoler på dem. Behandlerne er bange for at virke utroværdige, hvis de går for meget ind i sagen og presser for flere udredninger, fordi de heller ikke ved, om det er nødvendigt eller ej, eller om de er med til at fastholde A i en sygdomsangst. Behandlerne er empatiske, og de vil gerne hjælpe A, men de er i tvivl om, hvordan de bedst gør det. Både A og behandlerne føler afmagt overfor de fysiske symptomer og deres påvirkning af A's psykiske sygdom. A lider uden tvivl, men de er i tvivl om, hvorvidt de kan hjælpe. Behandlerne har ikke et formelt ansvar overfor A's fysiske symptomer, men de mærker alligevel et "bør", fordi de kan hjælpe A – eller de har mulighed for at påvirke forløbet. De er også afmægtige overfor usikkerheden om A's behov og hvad, der vil være den gode hjælp i denne situation. A er meget sårbar, det samme er A's mulighed for at leve det liv, A ønsker. A har knyttet stærke bånd til behandlerne, og det er blandt andet dette bånd, der gør, at behandlerne føler sig forpligtede overfor A og har lyst til at tage ansvaret for A's besøg hos egen læge.

### **4. Bør vi støtte A i at blive udredt/undersøgt igen ved at tage med til lægerne?**

Ja...

- A kan blive bekræftet i, at der ikke er noget galt.
- Hvis der er noget, vil vi være kede af, at A ikke fik hjælp før.
- A er sårbar og har brug for støtte. A kommer ikke afsted, hvis det er A's eget ansvar.
- De fysiske symptomer forhindrer A i at træne, hvilket forværrer A's psykiske sygdom.
- Vi ved ikke, om de har udredt A for alt, der kan være relevant.
- Vi kan støtte A i, at A's udgangspunkt er anderledes end andre på A's alder, da A er i rigtig god form. Vi kan fortælle lægen om A's udgangspunkt.

- Det går udover vores faglighed at vurdere, om der er mere behov for udredning.
- Vi kan sammen med egen læge skabe overblik og tryghed omkring, at A er grundigt undersøgt.

Nej...

- Vi kan fastholde A i, at der måske er noget galt, som de ikke har fundet endnu.
- A er blevet udredt, og de har ikke fundet noget.
- Vi kan hjælpe A der, hvor A er, i stedet for at lede efter noget, vi ikke kan finde.
- A har mulighed for at blive undersøgt af læger under indlæggelser.
- Tilstanden er ikke blevet forværret.

## Andet arbejde i Klinisk Etisk Komite

---

### Undervisning planlagt eller afholdt af Klinisk Etisk Komites filosof:

- Undervisning på Psykiatrisk Efteruddannelse for Social- og Sundhedsassistenter (d.23.01.18)
- Introduktionskursus til at arbejde med etisk refleksion i Kliniske Etske Komiteer og etiske refleksionsgrupper.  
Undervisningen varetages af KEK's formand og filosof. Kurset udbydes en gang om året (afholdt d. 04.04.17 med 14 deltagere)
- KEK Temadag med tidligere medlem af Etisk Råd og filosof Thomas Ploug, samt formand for Psykiatrifonden og psykiater Anne Lindhardt. Temadagen udbydes en gang om året og har cirka 58 deltagere. (afholdt d. 12.09.18)
- Undervisning på Specialsygeplejerskeuddannelsen (20.08.18)
- Undervisning af Netværk for Lokale Etske Refleksionsgrupper i Haderslev (d.03.09.18)
- Undervisning af Klinisk Etisk Komite på Sygehus Lillebælt (d.27.11.18)

---

### Anden aktivitet:

- Deltaget i Dansk Selskab for Klinisk Etisk (DASKET) temadag "*Prioritering sammen med patienten*" (d.07.06.18)
- Deltaget i fagkonference om Forebyggelse af Tvang i Danmark (d.26.03.18)

---

### Samarbejde på tværs af Region Syddanmarks Kliniske Etske Komiteer:

- Videomøde med regionens kontaktperson og de andre KEK'er om patient og pårørendeinddragelse (d.6.09.18)

## Pilotprojekt: Patient og pårørende som sagshavere

KEK har i 2018 arbejdet videre med at implementere patient- og pårørendesager. Evalueringer fra patient- og pårørendesager foretaget i 2017 og 2018 viser, at det generelt er en god og givende oplevelse for patienter og pårørende at bringe deres sager til Klinisk Etisk Komite. Her samarbejder KEK med egne patient- og pårørenderepræsentanter samt med PsykInfo. For at sager er egnede til behandling i KEK, skal de kunne ses fra forskellige perspektiver. Desuden skal man følelsesmæssigt være ude af situationen. Disse forudsætninger kan være svære at leve op til i de sager, hvor patienter og pårørende indstiller. KEK arbejder kontinuer-

ligt med, hvordan patient- og pårørendesager bedst muligt behandles. . F.eks. har KEK afprøvet tematiseret sagsbehandling om religion, hvor patienten blev inviteret ind for at bringe et oplæg i stedet for et etisk dilemma.

## Samarbejde med SF Studios Production

KEK blev kontaktet af SF Studios Production i forbindelse med, at de er i gang med at udvikle en ny tv-serie, der omhandler en ung psykiater. De ønskede viden om, hvilke dilemmaer klinikerne møder i deres hverdag. Serien er et fiktionsdrama. KEK's filosof deltog som konsulent i et møde med serien forfattere. KEK læser og godkender manus, så der ikke er genkendelige oplysninger fra Klinisk Etisk Komites dilemmaer i serien.

## Netværk på tværs af Klinisk Etisk Komiteer i Region Syddanmark

I 2018 har Netværket på tværs af Klinisk Etisk Komiteer i Region Syddanmark fået en ny kontaktperson. Kontaktpersonen fungerer som et bindeled mellem regionen og komiteerne, og er ansvarlig for drift af netværket. Netværket er blevet spurgt ind til viden om patient og pårørendeinddragelse i komiteerne samt afbrydelse af udsigtsløs behandling.

## Forskningsaktivitet med udgangspunkt i KEK

Ph.D-projektet ved navn *"Etik i sundhedsvæsenet – en undersøgelse af etiske refleksionsgrupper"* forventes afsluttet i løbet af efteråret 2019. Formålet er at undersøge, hvilken betydning det har for patienter og sundhedsprofessionelle at have en etisk refleksionsgruppe lokalt i hospitalsafsnittet. På Psykiatrisk Afdeling Aabenraa er der oprettet tre etiske refleksionsgrupper henholdsvis i FAM, i et afsnit og i en lokalpsykiatri.

---

### Eksempler på aktiviteter i forbindelse med Ph.D.-projektet i 2018:

- Foredrag på *"Statuskonference om forebyggelse af tvang i Danmark"*. Hotel Nyborg Strand. (d.26.02.18)
- EPA konference (The European Psychiatric Association) deltagelse i *symposium "Ethical challenges in the practice of psychiatry - how do we improve the quality of the decision-making process?"* med oplægget; *"Ethical challenges assessed in the Clinical Ethic Committee of Psychiatry in the region of Southern Denmark in 2010 - 2015: A qualitative content analysis"*. Nice, Frankrig. (d.03.03.18 - 06.03.18)
- Oplæg om Klinisk Etisk Komite, Dialogforum. Regionshuset i Vejle. (d.07.06.18.)
- Oplæg om KEK for Psykiatrien i Region Syddanmark og arbejdet med etiske refleksionsgrupper. Klinisk Etisk Komite for Somatikken i Roskilde. Roskilde Sygehus. (d.26.06.18.)
- Møde med Etisk Råd mhp. at give rådet indblik i etiske dilemmaer, som de opleves i psykiatrien. Ørestads Boulevard 5. (d.25.10.18)

## KEK-medlemmers aktivitet udenfor KEK

KEK-medlemmerne er uddannet i at lave etiske refleksion. Udover deres kliniske arbejde, laver de også etisk arbejde på deres egen afdeling eller andres. Dette er en liste over nogle af KEK's medlemmers eti-



ske aktiviteter udenfor KEK – den er ikke gældende for alle KEK's medlemmer, men aktiviteterne sammen skrives af hensyn til overblik. Derudover har KEK-medlemmerne også beskrevet, hvad arbejdet i KEK betyder for dem.

---

**Undervisning:**

- Undervisning af medicinstuderende på Syddansk Universitet.
- Workshop med en case fra KEK på Psykiatriens Forskningsdag i 2018.
- Faciliterer etisk refleksion på OPUS, APT/OPT/URT.
- Underviser på BUP i etisk refleksion.
- Bruger jævnligt etisk refleksion i supervision og undervisning.

---

**Synlighed og etisk refleksion:**

- Brug af SME-modellen til ph.d-projekt.
- Laver etisk refleksion med nyansatte medarbejdere.
- Arbejder på at lave etisk refleksionsgrupper i Lokalpsykiatrien.
- Bruger SME-modellen og etisk refleksion i lokale etiske refleksionsgrupper, supervision, debriefing, behandlingskonferencer mm..
- Deltager i netværk for facilitatorer af etisk refleksion i Aabenraa.
- Samarbejde med ledelsen om, hvordan man kan inddrage og bruge de lokale etiske grupper.

---

**Etiske kompetencer:**

- Øget fokus på "etiske dilemmaer", når man er supervisor og debriefer i forskellige personalemæssige sammenhænge.
- Øget fokus på etiske dilemmaer på behandlingskonferencer.
- Etisk refleksion bevarer fokus på de mennesker, vi arbejder for at hjælpe.
- Sagerne fra KEK er medvirkende til at udvikle min faglighed og at kunne bruge elementer fra etiske problemstillinger i alle aspekter af mit daglige arbejde.
- Etisk refleksion giver læring til klinikerne, der påvirker både den enkelte men i nogle tilfælde også afsnittet.
- Etisk refleksion som redskab til at tale med patienterne og forstå dem bedre, samt give dem et redskab til at forstå sig selv bedre.
- Etisk refleksion gør mig til en bedre kliniker. Jeg er blevet bedre til at fange etiske dilemmaer i klinikken, sætte ord på dem og arbejde med dem sammen med mine kollegaer.
- Etisk refleksion er med til at forbygge udbrændthed og stress. *"KEK er et åndehul, der er med til at gøre en travl hverdag udholdelig."*
- Etisk refleksion skaber arbejdsglæden, styrker faglighed og sikrer fastholdelse af personale.
- Man opnår en bedre forståelse for forskellige perspektiver og valg af handling.