

## Årsrapport for klinisk etikk komité ved HDS for 2016

Klinisk etikk komité (KEK) ved HDS har i 2016 hatt følgende sammensetning:

Sebastian von Hofacker, overlege ved Sunniva senter, leder. (frikjøpt 10 %)

John Kristian Gramstad Rolfsnes, sykehusprest, leder av prestetjenesten, leder i september og oktober

Kjell Arne Aarheim, høyskolelektor ved Haraldsplass diakonale høyskole

Per Odland, overlege kirurgisk klinikk

Jørgen Østensjø, lege i spesialisering(Lis), medisinsk avdeling til 22.2.16

Marte Glambek, lege i spesialisering(Lis), medisinsk avdeling fra 1.2.16

Randi Rafto, sykepleier, medisinsk hjerte/lungesengepost

Rollaug Beate Haugland Waaler, sykepleier og forstanderinne SBD

Torunn Åkra, fysioterapeut Sunniva Senter

Norunn Ramberg, sykepleier Mottakspoliklinikk til 24.8.16

Agnar Berland, brukerutvalg for pasient og pårørende HDS

Ingeborg Kaldefoss Fauskanger, sykepleier og kvalitetssjef, Fagavdeling, sekretær (frikjøpt 5 %)

### **Aktivitet:**

**Møter:** Det er i løpet av 2016 avholdt 8 ordinære møter.

#### **Saker behandlet på møtene:**

- Referat fra aktuelle kurs og seminar.
- Dialogmøter med sengeposter /avdelinger (vår 16).
- Refleksjon / drøfting av lokale kasuistikker
- KEK på HDS sin nye internettside og kontaktinformasjon.
- Kompetanseheving; økt trygghet i bruk av SME-modellen/ drøftingsteknikker, med lokale kasuistikker.

Adm. direktør deltok på et møte der vi delte erfaringer med dialogmøter, kasuistikker, internundervisning, hastemøter. Mange av utfordringene går på kommunikasjon med pasient/pårørende, i teamet. KEK ønsker å involveres mer i ad hoc møter før beslutninger tas. KEK ønsker å inviteres inn på styremøte.

Lync-møte 6.4. med alle KEK i Helse Vest og Meona (KULE) vedrørende registrering av behandlingsbegrensning i elektronisk pasientkurve.

### **Kasuistikk - drøftinger**

1) Pasient med multiorgansvikt flyttes mellom intensiv og sengepost. KEK har hatt møte med medisinske leger.

**Etisk dilemma;** Hva skal denne pasienten reddes til?

Vi konkluderte at pasienten, som ønsket så lite kontakt med helsevesenet som mulig, skulle få være i trygge omgivelser i sin omsorgsbolig, få lindrende behandling der, og reinnleggelse i sykehus bør unngås. Lege som kjenner pasienten, bør foreta avklarende samtale med pasient / pårørende i forkant av sykehusinnleggelse.

2) Møte med behandlingsteam rundt terminal pasient og pårørende i dyp sorg / krise.

**Etisk dilemma:** Fikk pasienten unødig lenge behandling/ overbehandling? Behandlet vi ektefelle mer enn pasienten?

Pasient fikk aktiv antibiotikabehandling, i påvente av at ektefelle skulle ankomme fra reise. Grunnet helligdagsfri var 11 forskjellige leger involvert i denne pasienten.

KEK konkluderer med at behandlingsansvarlig lege skulle ha grepet inn tidligere og laget en tydelig behandlingsplan og vært tydelig overfor ektefelle mht denne. Klinikkoverlege og avdelingsleder

skulle tidlig vært trukket inn i drøftingene rundt denne pasient / pårørende, spesielt viktig i forkant av mange fridager.

**3) Møte med tverrfaglig behandlingsteam rundt pasient som hyppig innlegges overvåkningsavdelingen grunnet selvskading.**

Etiske dilemma: Pasienten vil ikke ha behandlingen, og personalet må bruke tvang på pasienten for å gi livreddende behandling. Er pasienten samtykkekompetent?

Behandlingsteamet rundt pasienten ønsker å bli bedre rustet og samkjørt i forhold til behandlingsopplegg ved neste sykehusinnleggelse.

KEK konkluderte med at det ikke finnes noe alternativ til behandling med tvang, så lenge det arbeides mot en bedre totalsituasjon for pasienten.

**4) Møte med pårørende og tverrfaglig behandlingsteam rundt pasient ved overvåkningsavdelingen.**

Etisk dilemma: Hvordan møter leger og sykepleiere samtykkekompetente pasienters utsagn om at de vil avslutte behandling?

KEK konkluderer; Det må kvalitetssikres at behandlingsansvarlig lege tar den nødvendige samtalen med pasienten og blant annet spør; «Hva ønsker du nå?» Konklusjonen av denne samtalen dokumenteres i journalen, og videreføres til behandlingsteamet. Viktig at denne samtalen tas tidligst mulig, flere dager før helg.

**5) Møte med tverrfaglig behandlingsteam rundt pasient som innlegges hyppig grunnet selvskading.**

Etisk dilemma: Pasienten ønsker å leve, men vil ikke ta imot tilstrekkelig behandling.

KEK og behandlingsteamet enes om; Behandlingsansvarlig lege har samtale med pasienten og skriver en «erklæring» i pasientjournalen når pasienten er kognitiv intakt og oppfattes som beslutningskompetent; «Hva ønsker du? Når du er bevisstløs, har for lav Hb, vil du da ha blod? Om du får sepsis (blodforgiftning), gir vi deg antibiotika og intravenøs væske en dag.» Det må settes klare grenser overfor pasienten mht hva pasienten kan få av behandling. Erklæringen blir en del av en overordnet behandlingsplan.

I kasuistikkene ble SME-modellen /ASK ME-modellen brukt i drøftingene, og KEK har fått nyttig erfaring til framtidige drøftinger av kasuistikker.

KEK har takket ja til forespørsel fra SME om å delta i et nasjonalt forskningsprosjekt om evaluering av KEK-arbeidet (spørreskjemaundersøkelse)

### **Dialogmøter:**

KEK har som én målsetting å høyne den etiske refleksjonen på sykehuset. Det er KEK sin overbevisning at dette best lar seg gjennomføre ved at helsepersonell som møter klinisk etiske problemstillinger i sin hverdag, får anledning til å drøfte sine kasuistikker med én eller flere veiledere. KEK har derfor i 2016 invitert avdelingsleder og lege fra følgende poster: Akuttmottak /observasjonspost, Rehabiliteringsenheten, Geriatri slagpost og Laboratoriet. De inviterte har forberedt seg godt; gode diskusjoner og noen av tema er løftet videre opp i organisasjonen. Overbehandling har vært tema for lokale KEK seminar i 2016.

Sekretær skriver referat fra alle møter.

**Internundervisning;** Leder har våren 2016 hatt undervisning for medisinske og kirurgiske leger vedrørende beslutningstaking, samt over- og underbehandling.

Kommunikasjonsboka "Mastering communication with seriously ill patients, balancing honesty with empathy and hope." (Anthony Back, Robert Arnold and James Tulsk) skal gis til yngre medisinske leger.

KEK har fått presentert seg og sin funksjon to ganger på allmøte for personalet.

**Seminar:**

**Vårseminar 27/4:** «Overbehandling i den siste livstiden - når er nok nok?» ca 70 deltakere, (tema; Nødvendige beslutninger i akutte situasjoner, lokal kasuistikk, hva er det som driver oss)

**Høstseminar 29/11:** «Overbehandling del II», ca. 35 deltakere. ( tema; dilemma i beslutningssituasjoner, presentasjon av AskMe, lokale kasuistikker)  
I forkant av seminar har det vært egne forberedelsesmøter.

**Kurs:**

Seks av komitéen sine medlemmer har deltatt på den nasjonale høstkonferanse for kliniske etikk komitéer i Oslo.

**Økonomi:**

KEK disponerer årlig kr. 60.000- og forventer samme tildeling for 2017.  
Midlene ble i 2016 brukt til seminarutgifter for KEK sine medlemmer og møteutgifter.

**Målsettinger for 2017:**

- Videreføre årlige dialogmøter med aktuelle enheter. Leder og dem det er naturlig å ta med inviteres.
- Kompetanseheving og økt trygghet hos hele KEK i veiledning av etiske diskusjoner / refleksjoner.
- KEK-seminar både vår og høst
- Videreutvikle samarbeid med KEK v/HUS
- Høstseminar Oslo - presentasjon av hvordan vi arbeider ved HDS
- Aktiv dialog med sykehuset ledelse og kliniske ledere om etiske utfordringer som "oppdages" i dialog med de ansatte og som har med organisatoriske/system å gjøre
- Følge opp enheter KEK har vært involvert i / startet prosesser i.

Bergen, 03.02.2017

Sebastian von Hofacker  
Leder for Klinisk etikk komité (KEK)

Ingeborg Kaldefoss Fauskanger  
Sekretær KEK