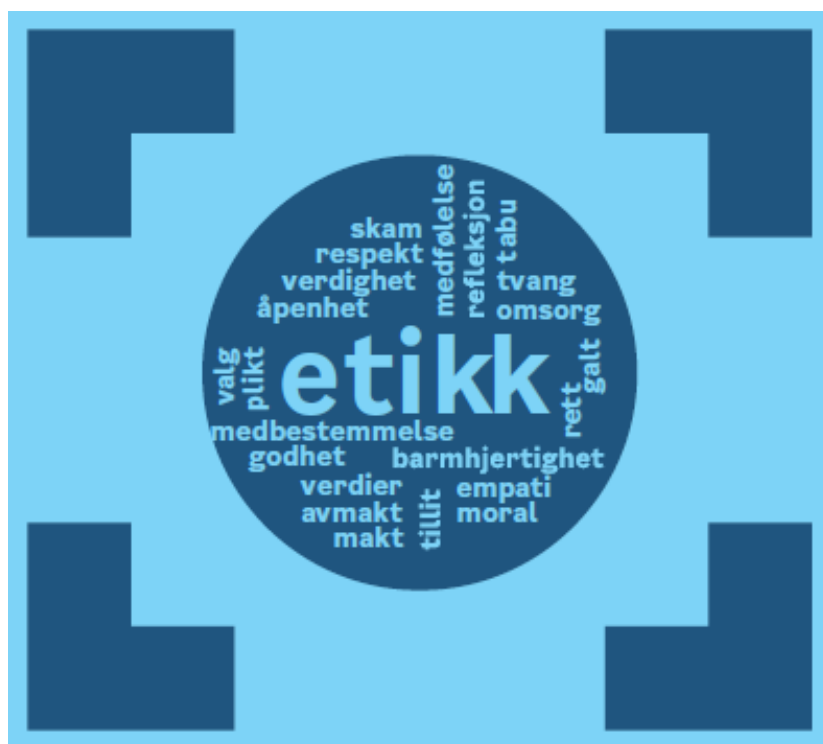




Årsrapport 2020



Klinisk etikk - komité i Oslo Kommune

Sykehjemsetaten

Innledning:

Klinisk etikk-komite (KEKK) sitt arbeide i 2020 har vært preget av koronapandemien. Komiteen har arbeidet gjennom hele året; etikkbrev har blitt sendt ut og saker har blitt drøftet via e-post og digitale møter på Teams. KEKK har fått henvendelser fra tolv langtidshjem/helsehus men kun behandlet saker fra seks av disse grunnet pandemien. Henvendelsene har kommet fra både ansatte og pårørende med problemstillinger i forbindelse med blant annet koronapandemien. På bakgrunn av flere, og til dels like, henvendelser har KEKK utarbeidet et refleksjonsnotat om ivaretagelse av smittevern versus faglig og omsorgsfull ivaretagelse av andre behov og verdier som er sentrale for beboere i langtidshjem/helsehus, samt problemstillinger knyttet til prioriteringer. Komiteen har også drøftet oppmykning av besøksforbud/besøksrestriksjoner etter forespørsel fra beredskapsgruppen i Sykehjemsetaten (SYE).

Dessverre har tre medlemmene trukket seg fra komiteen i løpet av 2020. Alle tre arbeidet i klinikk og var nye i komiteen. Avgangen ble begrunnet med økt arbeidsmengde i forbindelse med pandemien og vanskeligheter med å gå fra jobb for å delta i møter i arbeidstiden. I tillegg har det tekniske rundt digitale møter har vært krevende. Komiteen vil arbeide videre med å rekruttere nye medlemmer i 2021. Det blir viktig å se på om det kan settes inn nye tiltak for å beholde nye medlemmer, i tillegg til de tiltakene som allerede praktiseres? I februar 2020 ble velkomstmappe for nye medlemmer ferdigstilt, og komiteen vil lage et opplæringsprogram i komiteens arbeid - i tillegg til at alle nye medlemmer deltar på innføringskurs arrangert av Senter for medisinsk etikk (SME). I inneværende år er KEKK i gang med å planlegge en informasjonsfilm om komiteens arbeid, som både kan være til hjelp for å få flere saker og til å rekruttere medlemmer.

KEKK sitt mandat og organisering er uendret i 2020. Dette ble grundig drøftet i 2019. Årsrapporten beskriver perioden januar 2020 til desember 2020. Komiteen er bredt sammensatt, og talte 11 medlemmer pr. 31.12.2020. Med stor pågang av saker, er det svært viktig at komiteen er robust når det gjelder antall medlemmer. Det viktig å ha flere å kunne kontakte for å kunne rykke ut raskt til saker i virksomhetene.

Komiteen består av ulike yrkesgrupper der de fleste arbeider i sykehjemmene, som lege, prest, sykepleier, fysioterapeut og hjelpepleier. Ulike stillingsnivåer er representert for å kunne belyse saker fra flere synsvinkler. Komiteen har også en representant fra Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo som vi samarbeider med. Medlemmene i KEKK deltar på opplærings- og erfaringskonferanser arrangert av SME.

KEKK har helt siden starten hatt med prest(er) i komiteen. Dette gir en viktig tilnærming til etikk-arbeidet, da disse kommer tett på mennesker under utfordringer i livet og ved livets slutt. De har en særlig kompetanse på å se beboere/pasienter og pårørendes situasjon fra et religiøst-/livsynsperspektiv, og dilemmaer som kan oppstå ut fra dette.

Sammensetningen av medlemmer pr. 31.12.2020.

Leder fra januar 2019	Olga Tvedt	Prest Kirkens Bymisjon/Bekkelagshjemmet
Sekretær	Mona Dreyer	Spesialkonsulent, Sykehjemsetaten, avd. kvalitet og utvikling
	Synøve Minde	Psykiatrisk sykepleier/ fagkonsulent, Senter for fagutvikling og forskning
	Anne Kari Tolo Heggestad	Forsker/Post-doc, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo
	Ellen Kolb-Schiager	Prest Furusethjemmet og Ellingsrudhjemmet
	Ina Rimberg	Overlege, Lambertseterhjemmet, Overlege Kantarellen bo- og rehabiliteringssenter fra sept. 2020
	Vanaja Ravindran	Lege Ryen helsehus
	Cecilie Michaelsen	Fysioterapeut, Romsås sykehjem
	Mari Larssen	Fagsykepleier, Ammerudhjemmet
	Kristin Munthe-Kaas	Jurist (helserett), Sykehjemsetaten avd. kvalitet og utvikling
	Ingelin Bjerknes	Hjelpepleier Uranienborghjemmet, skjermet enhet

I løpet av 2020 gikk tre av de nye medlemmene ut av komiteen:

- Laila Alrek, hjelpepleier Akerselva sykehjem (gikk ut august 2020)
- Mona Teigøy, spesialsykepleier Stovnerskogen sykehjem (gikk ut september 2020)
- Monir Saadati, fagutviklingssykepleier Majorstutunet sykehjem (gikk ut våren 2020)

1 Arbeidsform og komitemøter

Komiteen har vanligvis månedlige møter med unntak av juni, juli og desember. I 2020 er det gjennomført 7 ordinære komitemøter, to fysiske og fem digitale, samt diverse møter i forbindelse med saksdrøftinger, både enkeltsaker og de mere prinsipielle.

Komiteens ordinære møter har løpende saker på agendaen, som status innkomne saker og referater, fordeling av etikkbrev mm. Det er også satt av tid til å drøfte mer spesifikke saker som komiteens rolle og ressurser, aktuelle saker i media, samarbeid med KEK i spesialisthelsetjenesten samt andre aktuelle samarbeidspartnere.

KEKK har siden 2019, sammen med Senter for fagutvikling og forskning, deltatt i arbeidet med å få opprette egen klinisk etikk komite for bydelene - hjemmetjenesten, men dette arbeidet har, grunnet pandemien, ikke hatt fokus i 2020.

Komiteemøtene har en varighet på 2 timer og avholdes vanligvis i Sykehjemsetatens administrasjons lokaler i Nedre Slottsgate. Møtene er lagt til siste mandag i måneden, og komiteen har også «reservert» aktuelle dager og tider da komiteen kan dra ut til drøftinger. Vår erfaring er at en fast struktur gjør det lettere for medlemmene å kunne delta i møter og drøftinger. Representant fra administrasjonen er fast referent, når hun deltar i møtene. På møtet i november deltok nestleder i helse- og sosialutvalget i bystyret i Oslo for å lære om komiteens arbeid.

2 Saker og saksdrøftinger

En av hovedoppgavene for KEKK er å bidra i drøftinger av utfordrende etiske problemstillinger i kommunens langtidshjem og helsehus. Vanligvis gjennomføres disse drøftingene ved den aktuelle virksomheten, sammen med de ansatte og eventuell pårørende og/eller beboer/pasient. I 2020 ble det meldt 17 saker og 10 av disse ble behandlet. To drøftinger ved helsehus ble avlyst da pasienten flyttet, fem saker ble avlyst/utsatt grunnet smitte- restriksjoner på daværende tidspunkt (februar/mars), men problemstillinger fra disse sakene ble tatt med i de prinsipielle drøftingene i komiteen.

Komiteen bruker et verktøy utarbeidet av Senter for medisinsk etikk, SME-modellen, som utgangspunkt for drøftingene. SME-modellen er en metode som systematiserer gjennomgangen av det etiske dilemmaet, der man går igjennom fakta i saken, berørte parter og deres syn, hvilke verdier samt lover og retningslinjer som aktualiseres, og hvilke handlingsalternativer som finnes. Det skrives referat fra drøftingene som formidles til alle som har deltatt. Disse har anledning til å gi tilbakemeldinger, før referatet slutføres.

De som melder saker til KEKK fyller ut et mottaksskjema med problemstillinger og informasjon som er viktig for å avgjøre om dette er en drøftingssak for KEKK. Informasjonen er også viktig bakgrunnsinformasjon for KEKK-medlemmene som skal delta i drøftingen - slik at de kan forberede seg før drøftingen. I tillegg sendes ut et forberedelsesskjema til de som har meldt saken, for å sikre at man har tenkt igjennom momenter som kan være viktig under drøftingen (se vedlegg). Etter drøftingene sender KEKK ut et «evalueringsskjema» med noen spørsmål til de som har meldt saker og fått disse drøftet i KEKK. Tilbakemeldingene har så langt vært svært positive.

En saksdrøfting innebærer mange arbeidstimer. I 2020 har man spart reisetid ved digitale drøftinger, men det har vært mye mailveksling mellom komiteens medlemmer ikke minst når det gjelder de prinsipielle drøftingene/refleksjonene. For ordinære saker er det både forarbeid, to timer saksdrøfting, referatskriving mm. Vanligvis deltar tre medlemmer i saksdrøftinger: En leder drøftingen, en er referent, den tredje er observatør og medreferent. Noen ganger deltar 4 medlemmer, andre ganger to - noe som er et minimum. Nye medlemmer er observatører i noen saker, før de etter hvert blir med i selve

saksdrøftingene. I de prinsipielle drøftingene har mange medlemmer, til dels hele komiteen, deltatt.

Komiteen behandlet 10 saker i løpet av 2020. Disse har omhandlet spørsmål rundt:

- Etisk refleksjon om ivaretagelse av smittevern versus faglig og omsorgsfull ivaretagelse av andre behov og verdier som er sentrale for beboere i sykehjem/helsehus, samt problemstillinger knyttet til prioriteringer
- Oppmykning av besøksforbud/besøksrestriksjoner (Det har vært meldt minst 3 saker om besøksforbud)
- Smittefare ved at beboer med langtkommet demens deltar i begravelse til nært familiemedlem
- Utagerende adferd
- Samarbeid med pårørende
- Intimt forhold mellom en mannlig og kvinnelig beboer som begge er gifte på hver sin kant, begge har demens.
- Samarbeid med pårørende rundt ernæring
- Seksuell omgang mellom to beboere med demens hvor en av partene har hjemmeboende ektefelle.

3 Undervisning/informasjon

For å bidra til mer etisk refleksjon ute på den enkelte avdeling i langtidshjem/helsehus, samt gi gode verktøy for at dette kan gjennomføres, avholdes det vanligvis årlige seminar hvor alle ansatte i langtidshjem og helsehus i Oslo blir invitert. Temaene velges ut fra innhold i saker man har behandlet eller temaer man ser er aktuelle i tiden.

Grunnet pandemien har KEKK ikke arrangert seminar i 2020. Det er i stedet sendt ut et refleksjonsnotatet om koronatiltak i sykehjem til samtlige langtidshjem og helsehus i SYE, og mange av årets etikkbrev har tatt opp viktige temaer i forbindelse med pandemien.

Grunnet pandemien har komiteens medlemmer heller ikke blitt invitert til å bidra på seminarer og studentundervisning i samme grad som tidligere år, og har måttet takke nei til flere henvendelser.

- Medlem i KEKK har undervist i palliasjon, digital undervisning for videreutdanning i palliasjon ved Lovisenberg diakonale høgskole.
- Et medlem har gitt undervisning rundt samtykkekompetanse og pasient og brukerrettighetsloven kap 4A ved 5 institusjoner
- Et medlem hadde foredrag om overgangen mellom hjem og sykehjem på et pårørendemøte ved et sykehjem.

4. Opplæring for KEKK-medlemmer

KEKK var representert med 5 medlemmer på erfaringskonferansen for etikk komiteer i kommunehelsetjenesten arrangert av Senter for medisinsk etikk (SME) våren 2020.

5 Etikkbrev

Utsendelse av månedlige etikkbrev er en viktig del av KEKK sitt arbeid. Etikkbrevene sendes ut til alle langtidshjem/helsehus og er ment som en ressurs i forhold til refleksjoner på avdelingene. Etikkbrevene tar for seg verdier, begreper og forhold som helsepersonell står overfor i hverdagen, og man får anledning til å snakke sammen og reflektere over opplevelser, holdninger, og dilemmaer i forhold til dette. Forfattere av disse går på omgang blant medlemmene, men tematikken diskuteres i fellesskap.

Etikkbrevene ligger på intranett og brukes også i andre etater i Oslo og Bærum kommune. KEKK i SYE har de siste to årene samarbeidet med Bærum kommune rundt utarbeidelse av etikkbrev. Det ble sendt ut 11 etikkbrev i 2020, med følgende temaer: Tilgivelse, Tålmodighet, Solidaritet, Samvittighet, Hva er et etisk problem?, Respekt, Intimitet og seksualitet, Skam, Moralsk stress, Stolthet, Fellesskap.

6 Henvendelser til KEKK

Henvendelser til KEKK skjer i all hovedsak til KEKK- mailadresse: kekk@sy.e.oslo.kommune.no. To medlemmer har ansvar for å svare på mailen og koordinere arbeidsoppgaver i forbindelse med saker som kommer.

Ny brosjyre for ble utarbeidet i 2019 og finnes på alle langtidshjem og helsehus (se vedlegg)

7 Økonomi

Sykehjemsetaten bidro med kr. 50.000 til KEKK sitt arbeid i 2020. Da KEKK ikke har arrangert seminarer dette året, er midlene satt av til å lage en informasjonsfilm om KEKK. Dette arbeidet er påbegynt i inneværende år og komiteen vil arbeide videre både med filmens innhold samt ytterligere finansiering i 2021.

8 Oppsummering/videre arbeid

Det er mange etiske dilemmaer og problemstillinger i langtidshjem og helsehus. Under pandemien har dette blitt enda tydeligere. KEKK gleder seg over at stadig flere virksomheter melder saker til komiteen, og det er positivt at både ansatte og pårørende melder saker. KEKK ønske at flere pårørende samt også beboere vil ta kontakt med komiteen. Henvendelsene er svært adekvate og viser det store mangfoldet av utfordringer og dilemmaer medarbeiderne står i hver dag. I 2020 har det også vært stort fokus på pårørendes situasjon, ikke minst i forbindelse med besøksforbud og besøksrestriksjoner.

KEKK vil jobbe videre informasjonsfilm for å gjøre KEKK enda bedre kjent og for å rekruttere nye medlemmer til komiteen. KEKK håper å kunne gjenoppta opplæringen for virksomhetene gjennom halvdagsseminarer for både ledere og ansatte. Dersom det ikke blir mulig med fysisk oppmøte, vil komiteen vurdere digital undervisning.

Vedlegg:

1. Mandat for KEKK i SYE
2. Mottaksskjema
3. Drøfting av oppmykning av besøksforbud/besøksrestriksjoner
4. Refleksjoner om koronatiltak i sykehjem
5. Eksempler på etikkbrev
6. Brosjyre

Vedlegg 1

Godkjent mandat og struktur for klinisk etikk komite (KEKK) i Sykehjemsetaten (SYE)'

Klinisk etikkomité skal:

1. Stimulere til økt etisk bevissthet og kompetanse om verdispørsmål knyttet til pasientbehandling
2. Stimulere bevisstgjøring om etiske problemer som har med ressursbruk og prioritering å gjøre
3. Bidra til at pasienter/beboer og pårørende blir godt ivaretatt i møte med kommunehelsetjenesten
4. På forespørsel delta med råd og veiledning i drøfting av konkrete etiske problemer før og/eller etter en beslutning tas/er tatt.
5. Være nøytral, åpen og ikke-diskriminerende
6. Bidra til å fremme virksomhetenes kvalitetsarbeid
7. Klinisk etikk komite er ikke et klageorgan og har ingen beslutnings- eller sanksjonsmyndighet
8. Fremme samtale og refleksjon om etiske problem og dilemmaer

Sammensetning:

1. KEKK skal ha leder og sekretær.
2. En vurderer det som nødvendig å ha minimum et KEKK-medlem i administrasjonen som har et koordinerende ansvar for saksbehandling, etikkbrev, opplæringsdager, seminardager, praktiske arbeid rundt møteinnkallinger etc. Det er viktig at denne personen har kunnskap og kompetanse om etisk refleksjonsarbeid, og har avsatt tid til dette arbeidet.
3. KEKK skal være bredt tverrfaglig sammensatt og deltakerne møter som representant for sin profesjon
4. KEKK bør ha en brukerrepresentant som medlem
5. KEKK bør ha medlem med kompetanse i medisinsk etikk, fagetiker
6. KEKK bør ha medlem med helserettslig kompetanse

Organisering, oppnevning og økonomi:

1. KEKK skal være frittstående og uavhengig
2. Medlemmene av KEKK oppnevnes av etatsdirektør i SYE etter søknad og intervjuprosess og etter innstilling fra KEKK
3. Medlemmer i KEKK oppnevnes for minimum 2 år av gangen og det skal sikres kontinuitet ved endring av medlemmer
4. KEKK skal sikres nødvendige ressurser
5. Leder må sikres rammer som gjør det mulig å ivareta arbeidet innenfor vanlig arbeidstid.

6. Medlemmene må sikres rammer for å delta i arbeidet og skal ha ressurser/muligheter for å kunne tilegne seg nødvendig kompetanse i klinisk etikk-arbeid.
7. Leder i komiteen velges for 2 år av gangen.

Arbeidsform:

1. Både beboer/pasient, pårørende, studenter og ansatte kan henvende seg til KEKK
2. Behandling av saker skal som hovedregel skje med basis i anonymiserte pasientopplysninger. Ved fravikelse fra hovedregelen om anonymisering, må det innhentes samtykke fra pasienten før saken fremlegges for KEKK, jfr. helsepersonelloven § 22
3. Medlemmene i KEKK har taushetsplikt, også knyttet til diskusjoner i KEKK-møter.
4. KEKK skal ha mulighet for å samles på kort varsel i hastesaker.
5. Komiteen skal skrive referat fra alle møter og drøftinger.
6. Komiteen skal skrive årsrapport som skal til etatens ledelse, Sentralt kvalitetsutvalg og Senter for medisinsk etikk.

(Mandatet har vært behandlet i Sykehjemsetatens lederteam og i Sentralt kvalitetsutvalg i Sykehjemsetaten)

Vedlegg 2

MOTTAKSKJEMA / Henvendelsesskjema

Må være anonymisert

Når du mottar en henvendelse, husk å informer om KEKKs rolle

- Rådgivende organ
- Ikke klageorgan
- Skal ikke avgjøre/ingen sanksjonsmyndighet – bare uttale seg og gi beslutningsstøtte.

1. Hvem henvendte seg, navn og funksjon el rolle.	
2. Hvordan ble henvendelsen gjort	
3. Hvem er berørte parter (<i>eks. pasient/beboer, pårørende, pleiere, medpasienter, lege etc</i>) i saken - og eventuelt hva er deres synspunkter	
4. Har pasient /beboer eller nærmeste pårørende samtykket til at saken drøftes i KEKK Hvis ikke, må saken drøftes anonymt.	
5. Hva er utfordringen /problemstillingen eller det etiske dilemma – hva gjelder saken?	
6. Hva er gjort til nå? - - Har det vært møter? - Er det gjort avtaler? - Har noen hatt samtaler med den eller de det gjelder? - Er det referat eller annen dokumentasjon KEKK bør være kjent med i forkant?	
7. Er det aktuelt å invitere pasient/beboer og/eller nærmeste pårørende (erfaringer viser at det kan være nyttig at pårørende og/eller beboer deltar)	
8. Hastesak eller ikke? Hvorfor?	

9. Hvem skal kontaktes for utfyllende opplysninger	
10. Hva ønsker den som henvender seg?	

Dato og Sign av den som fylte ut skjema /tok imot henvendelsen

Prosedyre for mottak og oppfølging av saker:

1. Henvendelser om nye saker sendes til kekk@syke.oslo.kommune og den som har ansvar for KEKK-mailen registrerer mottatt sak i skjema for «mottatte saker»
2. Den som har ansvar for KEKK-mailen sender bekreftelse på mottatt søknad til den som har sendt henvendelse, legger ved mottaksskjema og ber om at dette fylles ut og returneres samt informerer om videre saksgang.
3. Mottaksskjema registreres i oversikt over mottatte saker for inneværende år.
4. Den som har ansvar for KEKK-mail har ansvar for å avklare dato/tidspunkt og hvem som deltar fra KEKK. Det skal minimum være to deltakere fra KEKK.
5. En av deltakerne fra KEKK skriver anonymisert referat fra drøftingen.
6. Referat fra drøftingen sender til angjeldende avdeling samt til pasient/beboer eller pårørende som deltok i møtet til gjennomlesing og kommentar før referat godkjennes.
7. Godkjent referat sendes ut til medlemmene i KEKK til læring

Arbeidsredskap for KEKK i Sykehjemsetaten

Vedlegg 3

Drøfting om oppmykning av besøksforbud/besøksrestriksjoner i SYE – drøfting ved KEK-Oslo

Til stede i drøftingen fra KEKK(via Teams): Mona Dreyer (administrasjonen SYE), Kristin Munthe-Kaas (jurist administrasjonen SYE) Olga Tvedt (sykehjemsprest Bymisjonen), Laila Johansen Alrek (helsefagarbeider Akerselva sykehjem), Vanaja Ravindran (sykehjemslege Ryen helsehus), Ina Rimberg (sykehjemslege Kantarellen) og Anne Kari Tolo Heggstad (forsker Senter for medisinsk etikk)

Bakgrunn for drøftingen:

Det er kommet forespørsel fra beredskapsgruppen i SYE om KEKK kan ta en etisk drøfting av om mulighetene for å lette noe på besøksrestriksjonene i forbindelse med Covid-19..

Det etiske spørsmålet/dilemmaet:

Bør vi lette på besøksrestriksjonene ved sykehjemmene, og hvordan bør vi i så fall gjøre det?

Fakta i saken (per 27.04.2020)

Antall helsehus totalt i Oslo kommune: 4
 Antall langtidshjem totalt i Oslo kommune: 39
 Snittalder beboere sykehjem: 85 år
 Antall beboere totalt på langtidshjem og helsehus: ca 4100
 Antall medarbeidere totalt på langtidshjem og helsehus: ca 10.000
 Antall beboere på langtidshjem som har fått påvist smitte: 89
 Antall medarbeidere som har fått påvist smitte: 140
 Antall beboere og pasienter testet: 1.180
 Antall medarbeidere testet: 1.865
 Antall medarbeidere i hjemmekarantene pr nå: 232
 Antall beboere døde av covid-19 på sykehjem (langtidshjem): 27
 Antall sykehjem/helsehus med beboere som er covid-19 syke: 11

De aller fleste som dør av corona i dag, bor på sykehjem. Sykehjem har mange ufaglærte, som ikke har den samme fagkunnskapen knyttet til smittevern, som de faglærte. De fleste beboerne i sykehjem er svært gamle og har flere sykdommer. De er derfor spesielt sårbare utsatt ved en eventuell smitte. Siden mars har det derfor vært

innført et generelt besøksforbud på institusjoner i Sykehjemsetaten for å unngå smitte av koronavirus. Døende har kunnet ta imot besøk, men da under strenge smitteverntiltak.

Det generelle besøksforbudet har imidlertid også flere negative sider. Mange opplever økt uro, ensomhet og depresjon. Noen beboere tar til seg mindre næring, de er vant til å få hjemmelaget mat og/eller bli matet av sine nærstående.

Berørte parter

Beboer/pasient: Beboere er tydelig preget av besøksforbudet. Vi hører om beboere som lurte på om de har gjort noe galt siden deres pårørende ikke kommer på besøk, og beboere som tror pårørende er døde siden de ikke kommer på besøk. Beboere har gitt uttrykk for at de tror det er krig. En del institusjoner melder om økt uro og utagering. Samtidig er det beboerne vi ønsker å beskytte, mange er svært sårbare, og vil kunne dø dersom de smittes.

Medbeboere: Dersom en beboer smittes av corona, er de andre beboerne også svært utsatt for smitte dersom man ikke klarer å gjennomføre strenge smitteverntiltak innad i sykehjemmet.

Pårørende: Har gitt uttrykk for at de er redde for at beboere skal glemme dem grunnet utvikling av demens. De opplever utrygghet mht hvordan det står til med deres nærstående. De er villige til å benytte smittevernutstyr under besøk. Noen vil ikke besøke sine nærstående så lenge de ikke får ha fysisk kontakt (eksempel på at selv om det var avtalt hvordan besøket skulle gjennomføres så var det første pårørende gjorde å gi sin nærstående en klem....)

Ansatte: De ansatte opplever en større arbeidsbelastning da de ikke får avlastning av pårørende. Beboere krever mer oppmerksomhet, trøst, aktivisering, forklaring siden pårørende ikke kommer på besøk. De må ta imot pårørende og gi nødvendig opplæring i smittevern. Samtidig kan pårørende også oppleve en ekstra belastning der det er oppstått smitte. De ansatte opplever generelt en større belastning enn ellers, siden de må tenke strengt smittevern. I sykehjem hvor det er mange i karantene, har man måttet ta inn flere nye, som også har trengt ekstra opplæring. De ansatte har også et generelt større behov for opplæring og kunnskap knyttet til smittevern.

Samfunnet: Dersom man ikke klarer å ivareta smittevern på sykehjem, vil smitten også kunne spre seg i samfunnet. Og motsatt, dersom smitten er stor i samfunnet, vil smitten lettere kunne spres til sykehjem ved besøk.

Det gjøres en stor innsats i samfunnet i dag, både nasjonalt og globalt, med det felles mål å flate ut smittekurven og å sikre at vi har tilgjengelig gode/ riktige helsetjenester når vi trenger det til alle som trenger det. Dette er basert på ikke-skade-verdien "For ikke å skade enkeltpasienter og i solidaritet med pasientgruppen, men også helsearbeidere, pårørende og befolkningen forøvrig, er det viktig med gode og effektive smitteverntiltak"

Samtidig må vi, også fra et samfunnsmessig perspektiv, kunne se på balansen mellom å redde liv/forhindre sykdom (ved å ha strenge smitteregimer) mot den enkeltes livskvalitet (dvs mindre strenge smitteregimer mot å feks treffe sine nærmeste)

Etiske verdier og prinsipper

Ikke-skade prinsippet: Ut fra ikke-skade prinsippet, har vi en plikt til å unngå å påføre pasienter ekstra belastninger i form av sykdom, skade og lidelse. Besøksforbud, sosial isolering og andre smitteverntiltak er innført hovedsakelig for å redusere alvorlig sykdom og død hos det som er en sårbar gruppe pasienter. Beboere på institusjon er særlig eksponert for smitte og mange av pasientene har kognitiv svikt eller demens som gjør det vanskeligere for dem å overholde smitteverntiltak som håndvask og anbefalt avstand. For ikke å skade enkeltpasienter og i solidaritet med pasientgruppen, men også helsearbeidere, pårørende og befolkningen forøvrig, er det viktig med gode og effektive smitteverntiltak. Besøksrestriksjoner har med stor sannsynlighet bidratt til å hindre smitte i hjem, sykehjem og sykehus.

Samtidig er det tungtveiende argumenter for å tillate besøk og unngå sosial isolering med bakgrunn i prinsippet om ikke å skade. Disse pasientgruppene er særlig utsatt for konsekvensene av sosial isolering. Besøksrestriksjoner kan bidra til fysisk inaktivitet som er en fare for pasientsikkerheten ved at det kan bidra til økt fallfare, skrøpelighet og dødelighet. Videre kan sosial isolering bidra til økt forvirring, vrangforestillinger, depresjon, angst, redsel og uro.

Velgjørhetsprinsippet: Prinsippet om å gjøre vel, og handle til pasientens beste, er utfordrende under en epidemi. Verken smitte og alvorlig sykdom, eller sosial isolering er til pasientens beste. Å gjøre vel handler også om å ivareta beboernes livskvalitet, verdighet og behov for sosial kontakt, samtidig som man ivaretar liv og helse.

Rettferdighetsprinsippet: Rettferdighet innebærer at like tilfeller skal behandles likt. Det betyr ikke at alle skal behandles likt, men at de med samme behov skal behandles likt. Felles retningslinjer vil være med å ivareta dette prinsippet.

Rettferdighet betyr i denne sammenheng, at man prioriterer hvem som bør få besøk, ut fra behov og risiko. Helt konkret, vil det si at man bør gjøre en behovsvurdering av hvilke grupper som har mest nytte av besøk, og at man har noen felles retningslinjer ut fra behov.

Autonomiprinsippet: Prinsippet om å ivareta pasientens medbestemmelse utfordres når hensynet til liv og helse blir det primære. Vi kan ikke ivareta alles ønsker om besøk, da det vil innebære en for stor risiko for smittespredning.

Trygghet: Trygghet er en verdi som spesielt utfordres i forbindelse med Covid-19. Det at vi mangler kunnskap om hva som vil hjelpe, og hvordan ulike smitteverntiltak vil slå ut, gjør oss usikre. I tillegg er det mange ufaglærte i kommunehelsetjenesten, som ikke alltid har den samme kunnskapen som faglærte, om for eksempel smittevern. Kunnskap og informasjon bidrar til trygghet.

Tillit: Det er viktig at pasienter og pårørende kan ha tillit til ansatte og helsevesenet. For å ivareta denne tilliten er det særlig viktig med åpenhet om tiltak og tilstrekkelig informasjon. Trygghet gir også tillit, det er derfor viktig at beboere og pårørende opplever at ledelsen og ansatte ved sykehjemmene har den nødvendige kompetansen for å kunne ivareta smitteverntiltak.

Lovverk og retningslinjer Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud

- Pasient- og brukerrettighetsloven: Her står det blant annet at pasienter og brukere har rett på «verdig tjenestetilbud». Et tilbud hvor man ikke får ha kontakt med sine nærmeste vil kunne bidra til at denne retten blir truet.
- Verdighetsgarantien: I forskrift for en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) står det blant annet at man skal legge til rette for «Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut» og at forskriften skal sikre «den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.» Covid-19 utfordrer begge disse punktene, men vi må allikevel tilstrebe å ivareta dem så godt som mulig.
- Smittevernloven: Smittevernloven: «Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinsk faglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder.»
- Generelle retningslinjer fra FHI: Man må følge de generelle retningslinjene som gjelder fra FHI.

Handlingsalternativer

Hvordan mener KEKK at reglene for besøksforbud kan mykes opp?

KEKK anbefaler at besøksforbudet kan mykes opp noe, for å ivareta pasientens *livskvalitet, behov for sosial kontakt og verdighet*. Vi mener også at *velgjørenhetsprinsippet* vil ivaretas med oppmykningen vi foreslår.

Autonomiprinsippet blir også kunne ivaretas i større grad, for de som kan forholde seg til smitteverntiltak. Vi mener at forslagene våre også vil ivareta *rettferdighetsprinsippet*, ved at man har noen felles retningslinjer, og at tiltakene vurderes ut fra pasientens behov, (dvs beboere med like behov, bør få like muligheter uavhengig av hvilket sykehjem de bor på).

- Det er viktig å anerkjenne sykehjemmenes ansvar for å finne balansen mellom å sikre pasientenes fremtidige liv og deres nåværende livskvalitet. Dette mener KEKK vil kunne la seg gjøre selv om en løser noe opp på besøksforbud i institusjonene.
- Vi mener det bør åpnes opp for besøk til pasientgrupper som berøres ekstra sterkt av besøksforbudet, og som har et åpenbart behov for besøk av sine nærmeste. Eksempler på pasientgrupper er:
 - Alvorlig syke og døende
 - Pasienter vi ser blir tydelig mer deprimert av å ikke få besøk
 - Beboere som er økt urolig/engstelig/utagerende på grunn av at de ikke får møtt pårørende
- I tillegg mener vi at man bør vurdere mulighet for å åpne for besøk for beboere som kognitivt er i stand til å innordne seg smitteregler og kan gjennomføre besøk på max 1 time av pårørende, maks 1-2 av gangen, i et eget rom.
- Det er institusjonssjef, i samarbeid med avdelingsleder og lege, som ut fra en medisinsk- og sykepleiefaglig vurdering skal avgjøre hvem som har et åpenbart behov for besøk på bakgrunn av beboers tilstand og funksjonsnivå. Det er også avdelingsleder og lege som bør vurdere hvilke besøkende som kan være i stand til å ivareta smittevernhensyn ved besøk.
- Andre tiltak som kan være aktuelle der man ikke får til vanlig besøk er:
 - Besøk via verandaer og vinduer hvor beboer er inne og pårørende ute
 - Benytte digitale flater for kommunikasjon mellom beboer og pårørende. SYE og de ideelle organisasjonene som driver sykehjem, har delt ut ipader ut til sine langtidshjem, og disse brukes aktivt.

For å minske risikoen for smitte og dermed ivareta *ikke-skade prinsippet* anbefaler KEKK følgende tiltak/krav ved besøk:

- Pårørende må være friske og symptomfrie før de får komme på besøk. Dette skal være en del av samtalen i planleggingen av besøket.
- Besøket må kunne organiseres på et møtested hvor en kan opprettholde smittevernregler, for eksempel ute, eller i et rom med egen inngang. Her foreslår vi Kapellet/seremonirom, siden det har egen inngang, og tilgang innenfra slik at pårørende ikke trenger å gå gjennom institusjonen og beboer ikke trenger å gå ut for å komme dit.
- Møtested er stort nok til at en kan legge til rette for at de besøkende og beboer kan oppholde seg med min. 2 meters avstand.
- Besøk må være planlagt/avtalt med avdelingen som skal kontaktes når besøkende kommer for å følge pårørende og beboer til møtestedet.
- Det kan settes en standard for hvor ofte en beboer skal kunne ta imot besøk hvor en tar hensyn til både beboers/pårørendes behov og institusjonens ressursbruk
- Dersom det er behov skal besøkende benytte nødvendig smitteutstyr og får hjelp av avdelingen med å ta dette på. Viktig at ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å kunne ha ansvar for å rettlede pårørende.
- En slik besøksordning vil kreve ressurser fra ansatte (opplæring/organisering) og økt forbruk av smittevernutstyr
- Det må settes av tilstrekkelig tid mellom besøkene slik at besøksstedet kan overflaterengjøres etter gjeldende prosedyrer og krav.

For å ivareta beboere, pårørende og ansattes behov for *trygghet*, er det avgjørende at de ansatte har nødvendig kunnskap og kompetanse til å ivareta smittevern, og at beboere og pårørende også får informasjon og kunnskap om smitteverntiltak. Her anbefaler vi:

- Ansatte følger samme opplæring for smittevern.
- Man har et spesielt fokus på pleieassistenter, som i utgangspunktet har mindre kunnskap om smitte og smittevern.
- At man lærer opp pårørende i bruk av smittevernutstyr, der det er nødvendig.
- At man sørger for nok smittevernutstyr på sykehjemmene.

For å ivareta *tilliten* fra de pårørende foreslår vi:

- Faste telefonsamtaler fra primærkontakt (helst ikke epost grunnet personvern)
- Fast informasjonsskriv fra ledelsen
- God informasjon til pårørende, både skriftlig og muntlig, om smitteverntiltakene og besøksrestriksjonene, med begrunnelse.
- Opplæring av pårørende i smittevern, og bruk av smittevernutstyr der det er nødvendig

- Husk at informerte pårørende er ofte trygge pårørende

Konklusjon:

Med de forbeholdene og rammene vi foreslår, mener vi det kan være mulig å lette noe på besøksrestriksjonene ved Oslos sykehjem. Det er viktig at alle da får god informasjon med begrunnelse for oppmykningen. Det blir spesielt viktig å informere pårørende om reglene og hva de innebærer. Med forslagene, forutsetter vi også at SYE sørger for at ansatte har nødvendig kunnskap og kompetanse om smitte og smitteverntiltak, og at nødvendig smittevernutstyr er tilgjengelig.

Vedlegg 4

DRØFTING I KLINISK ETIKK-KOMITE: REFLEKSJONER OM KORONATILTAK PÅ SYKEHJEM

Klinisk Etikk-Komite er et uavhengig organ, som kan gi råd i ulike etiske problemstillinger på sykehjem. KEKK er ikke et klageorgan, og skal ikke ta beslutninger eller sanksjonere. KEKK kan uttale seg og gi beslutningsstøtte.

Bakgrunn:

Bakgrunnen for drøftingen er at flere sykehjemsansatte har henvendt seg til KEKK med problemstillinger i forbindelse med korona-pandemien. Felles for henvendelsene er deres bekymringer knyttet til ivaretagelse av smittevern, versus faglig og omsorgsfull ivaretagelse av andre behov og verdier som er sentrale for beboerne på sykehjem.

KEKK ønsker i denne drøftingen ikke å gå inn i politiske beslutninger om håndteringen av Covid-19-pandemien i Oslo, ei heller mene noe om kvaliteten på uavhengige helsemyndigheters vurderinger og råd.

Det vi imidlertid vil si noe om, er hvordan situasjonen påvirker helsearbeidere og beboere på sykehjem.

Problemstillingene som har gått igjen er:

- Problemstillinger knyttet til prioriteringer
- Problemstillinger knyttet til ivaretagelse av smittevern og samtidig ivareta andre behov, som behov for sosial kontakt og behov for aktiviteter
 - Hvordan ivareta beboere som må isoleres eller i karantene pga symptomer?
 - hvordan unngå bruk av tvang knyttet til isolering og testing av beboere med demens?

Utfordringer knyttet til ivaretagelse av smittevern og samtidig opprettholde andre behov

Av beboere på sykehjem har 80-85% kognitiv svikt, og alle har underliggende helseutfordringer av fysisk eller kognitiv art som gjør at de har behov for heldøgns omsorg og pleie. I institusjon er boforholdene slik at selv om det er beboers hjem, er antall medlemmer i husstanden større enn «vanlige» husstander.

I starten av pandemien var det knyttet stor usikkerhet til smitte og smitteverntiltak. Samtidig var det større forekomst av smitte i sykehjemmene, hvor i snitt en av tre som var smittet av korona døde. Dette førte til en generell engstelse i hele befolkningen, og et stort fokus på å beskytte sykehjemsbeboerne så godt som mulig. Fokuset var først og fremst å unngå smitte, sykdom og død, og sykehjemsbeboernes andre behov (feks aktiviteter, besøk, turer o.l.) ble nedprioritert. Det ble iverksatt strenge besøksrestriksjoner og smitterverntiltak, som har bidratt til å holde smitteantallet nede.

Samtidig ser helsearbeidere at restriksjonene og tiltakene har påført beboerne andre lidelser og påkjenninger: Ensomhet, tristhet, fysisk og psykisk redusert funksjon, depresjon, dårligere ernæring, mangel på aktiviteter og stimuli, savn av familie og venner, tap av livsglede. Fysisk kontakt, gode klemmer, berøring og nærhet kan forebygge uro og forvirring, og fravær av dette fører til økt utrygghet. Flere beboere har måttet tilbringe tid alene i karantene eller isolasjon, og mange opplever engstelse og usikkerhet. Pårørendekontakt via digitale hjelpemidler har vist seg å ikke være en fullgod erstatning for personlig kontakt.

Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Sykehjemsetaten har fortløpende delt informasjon, råd og prosedyrer. Disse endrer seg nødvendigvis i takt med nye kunnskaper om koronavirusets egenskaper og smitteåte, sykdomsforløp, samt økende erfaring i forebygging og å håndtere utbrudd. Ansatte på sykehjem har gjort mange viktige og nyttige erfaringer, og har blitt tryggere på smittevern og ivaretagelse av koronasjke.

Utfordringer knyttet til mangel på ressurser og prioriteringer

I følge Pasient og Brukerombudet i Oslo sin årsrapport for 2019, mottar de daglig henvendelser fra eldre som ikke mottar de helse- og omsorgstjenestene de har behov for.

I Pasient og Brukerombudets årsmelding for 2019 står det: «Gapet mellom ønsker og ressurser er en utfordring i fordelingen av offentlige velferdsgoder, mellom ulike tjenesteområder og innad i helsetjenesten. Vanskelige valg må foretas i åpenhet, ikke i de lukkede rom. Prioriteringene må følge prinsipper og prosedyrer det er enighet om. Målet må være forutsigbare kriterier som danner rammen rundt den individuelle vurderingen (...)». Og videre: «Helsepersonellet må gis støtte i sine vanskelige valg. Ledere må bidra til riktig prioritering og støtte sine ansatte i deres vurderinger»

Når helsearbeidere forteller at de kommer til kort på grunn av manglende ressurser, må vi lytte. Beboere på sykehjem er sykere enn for noen år siden, uten at bemanningen har økt. Det oppstår samtidighetskonflikter når flere har behov for hjelp samtidig. Da må de ansatte prioritere, og det må de gjøre ut fra sitt faglige skjønn. Vi kan ikke teoretisere oss bort fra helsearbeideres daglige og store ansvar. Teoretisering av virkeligheten fritar oss ikke fra ansvaret for realitetene.

Lav bemanning på sykehjem generelt, få søkere til sykepleierstillinger, mange ekstravakter, sykere pasienter med mer komplekse symptomer og tilstander uten samtidig økning i antall pleiere, stadig flere ikke-medisinske oppgaver som overlates til helsepersonell (matlaging, matbestilling, kontorarbeid), tar tiden bort fra stadig økende helsefaglige oppgaver. Tid til helhetlig faglig og omsorgsfull ivaretagelse av pasientene er hver dag allerede en utfordring på sykehjem. Beboernes rett til ulike tilbud blir ofte ikke innfridd.

Prosedyrer er til hjelp ved at de beskriver metoder for å sikre lovbestemte oppgaver og overordnede føringer som smittevern, legemiddelhåndtering, besøksrestriksjoner, dokumentasjon o.l. Denne problemstillingen blir ekstra tydelig under Covid-19-pandemien, som fører med seg ytterligere krav, prosedyrer, retningslinjer, forventinger, moralske påkjenninger og utfordrende valg for helsearbeiderne. Manglende ressurser *før* en pandemi gjør det enda vanskeligere når

ekstraordinære tiltak må settes inn. Faglighet som allerede føles spredt tynt utover, blir enda vanskeligere når faste ansatte er i karantene, man opplever å ha færre kjente ansatte på jobb, ansatte føler usikkerhet i beslutninger, og må forholde seg til stadig endrede prosedyrer.

Informasjonsstrømmen om koronasituasjonen er nærmest uuttømmelig, og prosedyrer endres ukentlig. Å være helt oppdatert til enhver tid, og å få satt alle tiltak ut i livet, lar seg vanskelig praktisk gjennomføre. Beslutninger som tas på individnivå kan potensielt få samfunnsmessige konsekvenser (dvs smittespredning, sykdom, død, smitte inn på sykehjemmet osv). Det kan være utfordrende å ta beslutninger uten å fundere beslutningene på redsel og "føre var", i situasjoner hvor man heller skulle fundert dem på fakta og kunnskap. Dette kan gå ut over beboerens livskvalitet, ved at begrensninger implementeres «for sikkerhets skyld».

Detaljerte prosedyrer kan hjelpe, men kan også være et hinder for egne, lokale faglige avgjørelser.

Lowverk, yrkesetiske retningslinjer og opplevelse av moralsk stress

Det er et krav om at helsearbeidere skal følge lovverket, holde seg oppdaterte, og forholde seg til de gjeldende anbefalinger. Målet er best mulig ivaretagelse av beboeren.

Yrkesetiske retningslinjer skal følges, og faglig kompetanse forutsettes.

Lowverk, faglige krav, standardiserte prosedyrer, etiske føringer og medmenneskelige kvaliteter som skal sikre enhver pasient en faglig og omsorgsfull helsetjeneste, er imidlertid teoretiske idealer som i praksis er veldig vanskelig å gjennomføre. Helsearbeidere vil alltid komme til kort i møte med disse - ofte godt begrunnede- idealene, fordi ressursene ikke følger med ansvaret

Når etiske retningslinjer, medmenneskelige forventninger, faglige krav og individuell omsorg ikke lar seg overholde, kan helsearbeidere oppleve moralsk stress.

Hvordan møte utfordringene

Det kan være vanskelig å kombinere smittevern med god helhetlig ivaretagelse av sykehjemsbeboere. Det kan bety at grunnleggende helhetlig omsorg til sårbare pasienter må settes til side. I en alvorlig pandemi vil flere pasienter gis et dårligere behandlingstilbud enn ellers, og mennesker vil kunne dø som følge av dette. En pandemi medfører tøffere prioriteringer, og valg mellom flere mindre gode alternativer. I et samfunnsperspektiv vil forebygging av smitte av alvorlig sykdom trumfe sykehjemsbeboerens basale behov. Det bør fokuseres på hvordan en kan få til begge deler, for å ivareta en mer helhetlig omsorg for beboere i sykehjem også under en pandemi.

Er det til pasientens beste at vi forhindrer smitte for enhver pris? Ville den enkelte beboer valgt annerledes om h*n fritt kunne velge selv? Og; skyter tiltakene våre langt over mål, fratar vi beboerne goder og rettigheter for å være på den helt sikre siden?

Hva ville beboeren selv ønsket? Hvilke konsekvenser kan helsepersonells beslutninger få for beboeren selv, medbeboere, ansatte og resten av samfunnet? Legger vi større begrensninger på en sykehjemsbeboers liv, enn på våre egne?

Avslutningsvis:

KEKK har som mål å gi forslag til handlingsalternativer i vanskelige situasjoner. I pandemiens stadig endrende situasjon, er det vanskelig å komme med forslag til konkrete handlingsalternativer tilpasset alle situasjoner .

Mange beslutninger er opp til hver enkelt av oss. Retningslinjer kan hjelpe, men til syvende og sist er det den enkeltes individuelle avgjørelse som betyr noe.

For at den enkelte skal kunne ta disse avgjørelsene trengs informasjon, trygghet til å ta ansvar, bli gitt ansvar, og få tillit.

KEKK forstår institusjonenes daglige utfordringer. KEEK ønsker å anerkjenne de mange vanskelige beslutningene som tas av helsearbeidere på sykehjem hver dag, og å uttrykke forståelse for utfordringene de står i. Vi ønsker å støtte helsearbeidere som hver dag tar faglig ansvar og gjør sitt beste. Ansattes hensyn til beboerne og samtidig ivaretagelse av samfunnet er en viktig og vanskelig oppgave. Samtidig; helsearbeidere er utdannet til nettopp dette, og med forankring i faglig begrunnelse tror vi at helsearbeidere og sykehjemsledere kan ta dette ansvaret.

Utfordringen det er å skulle velge mellom smittevern vs ivaretagelse av livskvalitet anerkjennes. Å ta beslutninger på andres vegne, beslutninger som potensielt har store og inngripende konsekvenser både for enkeltindividet og for samfunnet, kan være belastende for helsearbeidere. Samtidig må helsearbeidere bli vist tillit og gitt ansvar til å handle ut fra sin faglighet.

Det bør presiseres at det er rom for faglig funderte, lokale, individuelle tilpasninger og mulighet for tilpasset ledelse på eget sykehjem, selvfølgelig innenfor rammene av myndighetenes og Sykehjemsetatens påbud, tiltak og anbefalinger. Prosedyrer kan i noen tilfeller fremstå som noe detaljerte, slik at helsepersonell kan oppleve at det ikke gis rom for å utvise individuelt skjønn og ansvar. Det er da viktig å vite at prosedyrer også skal være beslutningsstøtte og at de ikke alltid er uttømmende.

Så lenge faglighet, lovverk og kunnskap legges til grunn, er det til syvende og sist menneskelig vurdering som avgjør, og vi er feilbarlige.

Vedlegg 5

Etikk i fokus – KEKKs månedsbrev mars 2020

Månedens tema er:

Solidaritet

Etikk er grunnlaget for alt det vi gjør og driver med. Etikk forutsetter både hjerte og hjerne. Etikk rører ofte ved det dypeste i oss: våre verdier og holdninger. Som profesjonelle kreves det også at vi forvalter dette med fornuft, og på en måte som kommer beboerne/ pasientene våre til gode.

Det er en helt spesiell tid vi opplever nå, og koronaepidemien påvirker oss i alle deler av livet, både på jobb og privat.

For dere som jobber i helsetjenesten, med noen av samfunnets mest sårbare pasienter, er det ekstra krevende. Dere har kanskje pasienter som er smittet og isolert, hvor dere må ta helt spesielle forholdsregler. Kanskje du selv er smittet eller i karantene.

I vanskelige og krevende tider, utfordres også verdiene våre. En verdi som ofte er blitt nevnt i forbindelse med korona-epidemien, er verdien *solidaritet*. Vi tar mange hensyn i dag, i *solidaritet* med hverandre som kolleger, og ikke minst i *solidaritet* med pasientene som er mest utsatt.

På Store Norske Leksikon sine hjemmesider står det om begrepet *solidaritet*: «Solidaritet er en følelse av samhörighet og samhold mellom individer eller grupper av individer.» (SNL, 2020). Når vi handler i *solidaritet*, gjør vi det for å ta vare på samhörigheten og samholdet, og vi gir avkall på egeninteresse.

Solidaritet er på mange måter motsatsen til egoisme. Det kan helt konkret handle om ikke å hamstre for seg selv, slik at det går utover fellesskapet, enten det er på jobb eller privat. Eller det kan handle om at du må ta i et ekstra tak, strekke deg litt lenger for fellesskapet.

Nå er det tid for å legge egoismen til side, stå sammen, støtte og hjelpe hverandre!



Foto: Pixabay.com

Til refleksjon og ettertanke:

- **Hvordan kan du vise solidaritet som samfunnsborger?**
 - **Hvordan kan du helt konkret vise solidaritet på arbeidsplassen din?**
 - **I hvilke situasjoner utfordres solidariteten på arbeidsplassen din i dag?**
-

Har du noe du vil ha hjelp til/ et dilemma du vil ha belyst – ta kontakt på kekk@sye.oslo.kommune.no

Etikk i fokus

Månedens tema er: Hva er et etisk problem?

Etikk er grunnlaget for alt vi gjør og driver med. Etikk forutsetter både hjerte og hjerne. Etikk rører ofte ved det dypeste i oss: Våre verdier og holdninger. Som profesjonelle kreves det også at vi forvalter dette med fornuft, på en måte som kommer beboerne/pasientene våre til gode.



Et *etisk problem* oppstår når en er i tvil, er usikker eller det er uenighet om hva som er godt eller rett å gjøre. Ofte handler det om etiske verdier som kommer i konflikt. Dersom man opplever et etisk problem hvor det ikke finnes noen god løsning, kaller vi det et *etisk dilemma*.

Som ansatte i sykehjem opplever du daglig små eller større etiske problemer eller dilemmaer. Du blir gjerne oppmerksom på det ved at du kjenner på en dårlig magefølelse, eller at du kjenner på en usikkerhet og tvil om hvordan du skal håndtere en situasjon. Det kan handle om beboere som ikke ønsker å ta imot hjelp eller behandling du mener er nødvendig, det kan handle om at du ikke opplever at du får gjort en god nok jobb på grunn av manglende ressurser, eller det kan handle om uenighet med pårørende om behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende beboere. Uansett hvor små eller store etiske problemer du opplever, er det viktig å bli oppmerksom på dem og gjøre noe med dem. Dersom vi ikke gjør noe med de etiske problemene, vil vi risikere å krenke beboere, eller kolleger. Etikdens viktigste funksjon er å være til hjelp når vi står overfor etiske problemer, slik at vi unngår å krenke, og slik at vi kan gi en så god omsorg som mulig.

Til refleksjon:

- Tenk over en situasjon du har opplevd i det siste, som du opplevde som et etisk problem.
 - o Hvordan ble du oppmerksom på problemet?
 - o Hva var det konkret som var vanskelig?
 - o Hva gjorde du med problemet?
- Hvordan kan vi hjelpe hverandre når vi står overfor etiske problemer i arbeidshverdagen?

Har du noe du vil ha hjelp til eller et dilemma du vil ha belyst/drøftet? Kontakt oss gjerne på kekk@syke.oslo.kommune.no

Vedlegg 6


Oslo
Sykehjemsetaten

Klinisk etikk-komité i Sykehjemsetaten i Oslo kommune

Kontaktinformasjon

Henvendelser kan sendes på e-post til kekk@syke.oslo.kommune.no

Komiteen er forankret i Sykehjemsetaten i Oslo kommune.



Hva er klinisk etikk-komité?

- Komiteen er et rådgivende organ, har ikke beslutningsmyndighet og er ikke en klageinstans.
- Et supplement til det etikkarbeidet som langtidshjem/helsehusene ellers driver med.
- En tverrfaglig sammensatt komité av helsepersonell fra langtidshjem/helsehus, prest, jurist og en representant for Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.
- Komiteens medlemmer har opplæring i og erfaring med systematisk drøfting av etiske dilemmaer og problemer.
- Forum der pasienter, pårørende og ansatte kan få drøfte etiske dilemmaer og problemer.
- Komiteen treffer ikke kliniske beslutninger og har ingen sanksjonsmyndighet.
- Komiteen opptrer som en nøytral part i drøftinger.

Hva er et etisk dilemma?

Et etisk dilemma oppstår når en opplever problemer som det ikke finnes en god løsning på, og en må velge mellom ulike alternativer, der den ene løsningen kan være like god (eller dårlig) som den andre.



Hva kan komiteen bidra med?

- Gi råd og beslutningsstøtte om hvordan konkrete etiske dilemmaer og problemer kan l  ses.
- Drøfte generelle etiske teamer som: omsorg ved livets slutt, bruk av tvang, innføring av omsorgs- og velferdsteknologi.
- Arrangere seminarer og motivere til systematisk refleksjonsarbeid ved langtidshjem/helsehus.
- Bidra til at pasienter og pårørendes møte med tjenesten blir best mulig.
- Komiteen har taushetsplikt.

Hvem kan kontakte komiteen?

Komiteen tar i mot henvendelser fra ansatte, pasienter/beboere og pårørende fra alle langtidshjem/helsehus i Sykehjemsetaten i Oslo kommune.

Saken bør ha vært drøftet lokalt i langtidshjem/helsehus f  r den meldes til komiteen.

