

Klinisk etikk komité har som hovudoppgåve å stimulere til systematisk etisk refleksjon blant tilsette i føretaket, og vere til hjelp ved drøfting av konkrete etiske utfordringar.

Denne årsmeldinga fortel om arbeidet som har vore gjort i utvalet i 2022, med informasjon om kva saker som har vore drøfta det siste året.

Årsmelding for Klinisk etikk komité

Helse Førde 2022

Helge Sårheim, leiar

Innhold:

1. Samandrag
2. Medlemer i Klinisk etikk komité
3. Arbeid og saksmengde
 - a. Møteverksemd og arbeidsmetode
 - b. Saker til drøfting og vedtak
 - c. Saker til informasjon
4. Særskild omtale av pasientsaker som er drøfta i KEK
5. Økonomi
6. Evaluering av 2022 og plan for 2023

1. Samandrag

Klinisk etikk komité har som hovudoppgåve å stimulere til systematisk etisk refleksjon blant tilsette i føretaket, og vere til hjelp ved drøfting av konkrete etiske utfordringar. Denne årsmeldinga fortel om arbeidet som har vore gjort i utvalet i 2022, med informasjon om kva saker som har vore drøfta dette året.

2. Medlemer i Klinisk etikk komité i 2022

Rolle	Namn	Tittel	Eining
Leiar	Helge Sårheim	Leiar, overlege	Kreftavd. Med.klinikk
Medlem	Bård Eikeset	Føretaksjurist	Stabsområde
Medlem	Helene Langeland	Sjukehusprest	HR-avd., Stabsområde
Medlem	Magne Sellevold	Brukarrepresentant	Brukarutvalet
Medlem	Ingunn Heggstad	Sjukepleiar	Med. LSH, Med.klinikk
Medlem	Vigdis Årdal Sæterlid	Sjukepleiar	Kreftavd., Med.klinikk
Medlem	Elin Bruland	Spesialsjukepleiar	Med.avd. Med.klinikk
Medlem	Rune Hørgård Tilseth	Overlege	Med.avd. Med.klinikk
Medlem	Jon Sverre Arnestad	Overlege	Med.NSH Med.klinikk
Medlem	John Andor Ellingsund	Områdeleiar	AAM AMB, Kir.klinikk
Medlem	Rune Arild Larsen	Overlege	AAM lege, Kir.klinikk
Medlem	Wenche Hårklau Vallestad	Seksjonsleiar/spl.	AAM INT, Kir.klinikk
Medlem	Ole-Magnus Kapstad	Overlege	Psyk. klinikk, PHV
Medlem	Hanne Østenstad	Sosionom	Akutt døgn, PHV
Medlem	Nikolai Fuglseth t.om. mai	LIS-lege	BUP, PHV
Medlem	Karianne Strønen f.o.m. aug	Avd.sjef /overlege	ØNH, kirurgisk klin.
Vara	Lene Kristin Grønsberg	Brukarrepresentant	Brukarutvalet
Sekretær	Irene Barmen Hoel	Rådgjevar	Stabsområde

3. Arbeid og saksmengde

a. Møteverksemd og arbeidsmetode

Denne komiteen starta arbeidsperioden sin i 2021. KEK har ei arbeidstid på tre år, og skal fungere ut 2023. KEK har hatt seks ordinære møte i 2022. Det var tre møte i vårhalvåret og tre møte i hausthalvåret. KEK arrangerte også eit miniseminar over to halve dagar i november.

KEK har hatt ansvar for eitt fredagsmøte i november, der førelesaren på miniseminaret stod for undervisninga. To møte er blitt avlyst, då det ikkje var komne inn aktuelle saker.

Leiar og sekretær har hatt eit planleggingsmøte før kvart møte i utvalet. KEK har dette året ikkje hatt nokon saker der pasient/pårørande var invitert med i møtet. Ei sak var meldt frå kommunen, her var kommunelegen med. Tre saker var meldt frå ulike avdelingar i sjukehuset, og i desse sakene møtte helsepersonell frå dei aktuelle avdelingane. Dei som har teke del i møta har gitt tilbakemelding om at drøftinga i KEK var verdifull for dei.

Alle drøftingar i KEK går føre seg ut frå Senter for Medisinsk Etikk, SME, sin 6-trinns modell:

1. Kva er det etiske problemet
2. Fakta i saka
3. Involverte partar og deira syn i saka
4. Verdier og prinsipp
5. Lover og retningslinjer
6. Handlingsalternativ

Til slutt kjem KEK med ein konklusjon i saka i høve det etiske problemet. KEK gjer det tydeleg at vår uttale ikkje har nokon instruksjonsrett overfor dei involverte partane. Dei som er partar står fritt til å legge vekt på denne konklusjonen, men dei kan òg velje å sjå bort frå han. Dersom melder ønskjer at konklusjonen eller saksgjennomdrøftinga skal journalførast i pasientjournalen er det melder sitt ansvar å gjere dette. KEK drøftar sakene anonymt så langt råd er og har ikkje innsyn i journal. Komiteen ser òg at konklusjonen i saka kanskje ikkje alltid er det viktigaste, men den prosessen som alle deltakarane blir invitert inn i når ein drøftar ei vanskeleg sak så grundig.

Medlemer frå KEK har teke del på ulike seminar på SME. Kursdeltakinga har vore slik:

- SME sitt Nasjonalt haustseminar for KEK i november. Her møtte: Karianne, Ingunn og Helge (torsdag)

b. Saker til drøfting og vedtak

- Årsmeldinga frå 2021, som er lagt ut på SME sine nettsider
- Utarbeiding av møteplan for 2022 og budsjett for 2023
- Deltaking på seminar ved SME
- Planlegging av miniseminar i Helse Førde

c. Saker til informasjon

- Kurs og seminar som vert arrangert av SME
- Innkjøp av bøker om etikk
- Referat frå seminar
- Planlegging av medieomtale om organdonasjon
- Informasjon om utskifting av medlemar i KEK

4. Særskild omtale av pasientsaker som er drøfta i KEK

Kan ein ty til tvang i behandling av covid-sjuk vaksinemotstandar?

Leiar presenterte ei sak som har vore drøfta i nasjonal e-postutveksling blant etikkengasjerter helsepersonell. Moment som var drøfta i denne saka i KEK, er mellom anna: Kan ein tenke seg at pasienten har psykisk sjukdom (vrangførestillingar) eller er indoktrinert og kva konsekvensar får det? Det er ein vanskeleg balansegang mellom det å *opplyse* og det å *overtyde* om sjukdom. For å få allianse med pasienten kan det vere betre å ha fokus på symptoma og behandling av desse, enn på sjølve diagnosen Covid-19. Dersom vi tek ei feil avgjerd vil nokon meine at det etisk beste vil vere å gjere feil «på livets side». Det er ulike forståingar av verkelegheita, men kva forståing er legitim?

Er det rett å gie somatisk behandling under tvang til ein psykisk sjuk pasient?

Ein pasient med paranoid schizofreni har fått påvist kreft og treng livreddande/livsforlengande behandling med cellegift. Pasienten er i tvil om behandlinga, noko som av behandlar vert sett i samanheng med hen sin psykiske sjukdom, og hen gjev så beskjed om at hen ikkje ønskjer kreftbehandling, då hen ikkje stoler på informasjon frå legane. Psykiater vurderer pasienten til ikkje å ha samtykkekompetanse fordi pasienten ikkje forstår kor viktig det er med rask cellegiftbehandling. Pasienten får informasjon om at dersom hen motset seg behandling vil det bli utført under tvang. Pasienten tek mot behandling. KEK vurderer at det er rett å gie behandling i denne fasen, spesielt sidan det er mogleg at dette ikkje er berre livsforlengande men potensielt kurerande behandling. Dersom det endrar seg til palliativ behandling, må ein vere meir kritisk til kva behandling ein skal tilby pasienten under tvang. Det må vere store krav til forholdet mellom behandlingsgevinst og biverknader og komplikasjonar om ein skal forsvare bruk av tvang. KEK vurderte òg om trugsmål om tvang skal oppfattast som tvangstiltak i seg sjølv.

Om prosessen kring organdonasjon

KEK fekk informasjon om prosessen kring donasjon, og lovverk som regulerer dette. Det er viktig at både helsepersonell og befolkninga får informasjon om kor mange som står i kø for nye organ, og kva dette betyr for livskvaliteten for dei som kan få nye organ. Ei av oppgåvene til sjukehusa er å sørge for at potensielle donorar kan

vurderast for donasjon. Mange kan brukast til donor. Kreftsjukdom og høg alder er ikkje ein kontraindikasjon i seg sjølv. Det er eit krav ved donasjon at pasienten uansett er døyande, og at all behandling difor er planlagt avslutta. Før eit organ kan takast ut, må pasienten vere erklært død. Det er klare kriterium for å konkludere at pasienten er død. Når pasienten er klarert for donasjon, kjem eit team frå Rikshospitalet og er ved pasienten. Maskiner som syter for livsforlenging (som respirator) skal slåast av medan pårørande har tilbod om å vere til stades for å ta avskil. Når pasienten er erklært død må teamet sleppe raskt til, der dei raskt får hente hentar ut dei organa dei skal ha, for så å returnere til Oslo for å gje dei vidare til mottakarar.

Dei siste åra har det vore drøfta endring i kriteria for å erklære død før donasjon. Denne blir kalla kontrollert donasjon etter sirkulatorisk død (cDCD) og erstattar donasjon etter hjernedød (DBD). Den nye metoden opnar for at ein før død kan gjere tiltak for å sikre at dei vitale indre organa held seg lenger. Dette inneber installasjon av aorta-okklusjonkateter som gjev høve til normoterm regional perfusjon.

Skal ein pasient utan trygderettar likevel få best mogleg kreftbehandling når pasienten først er her i landet?

Ein pasient frå eit land utan trygdeavtale med Noreg var på besøk hos eige barn som bur i Norge på turistvisum. Så vart pasienten akutt sjuk. I heimlandet hadde ho nyleg vore på kontroll for brystkreft og alt var bra. No vart det oppdaga spreining av kreften med uttalte levermetastasar, og det blei straks starta med cellegift. Utan aktiv behandling ville pasienten ha svært kort forventet levetid. Med god, aktiv behandling vil pasienten kunne leve i alle fall i 3-4 år. Det er lite truleg at pasienten vil kunne få like god kreftbehandling i heimlandet, først og fremst sidan denne behandlinga er svært dyr. Pasienten har krav på å få behandling som ikkje kan vente her hos oss. Helse Førde må følgje lover og reglar, og ut frå rettferds-prinsippet kan ein ikkje tilby pasienten gode som andre i liknande situasjonar ikkje får. KEK kom med ulike handlingsalternativ, som søknad om opphald, for å komme i posisjon for å få trygderettar.

Er det rett å gje livsforlengande behandling til ein pasient med alvorleg kognitiv svikt?

Pasienten har MS som er langtkomen, og har som følgje av dette hatt kognitiv svikt som svarar til ein demens i mange år. Pasienten fekk PEG for eit år sidan, og er no utan både verbal og non-verbal kontakt, men augo er opne. Pasienten får ikkje lenger besøk av pårørande. Kommunen vurderer å avslutte livsoppretthaldande behandling. KEK støttar kommunen i at det er rett å avslutte all livsforlengande/livsoppretthaldande behandling, og berre fokusere på lindrande behandling. Dette inneber å avstå frå å behandle ein eventuell infeksjon, samt å trekke tilbake behandling med væske og næring via PEG. Det er viktig å ha ein prosess med pårørande om dette. Sjukehuset kan støtte kommunelegen i prosessen.

Korleis møte ein pasient som er ein krevjande LAR-pasient samtidig som ein skal behandle alvorleg fysisk sjukdom?

Ein pasient i LAR har hatt mykje sjølvskade med stikk og kutt, og har fått mange sår og infeksjonar pga. sjølvskadinga. Sår og infeksjonar blir behandla gjennom lange sjukehusinnleggingar, og pasienten har halde fram med sjølvskading under opphalda. Pasienten blir opplevd krevjande både i kraft av langt opphald på somatisk avdeling som vanlegvis har langt kortare opphald for sine pasientar, ved at pasienten er innrømt å administrere LAR-medisinen sjølv, sjølv om dette er A- preparat som vanlegvis krev varsemd og kontroll, og ved å ha vanskar med å innordne seg sjukehuset sitt behov for reinsemd og orden på pasientrommet. Det er vanskeleg å få etablert tillit og ein god dialog, og dette har nok òg sin bakgrunn i at pasienten har eit svært stort behov for autonomi og medbestemming, og blir mistenksam om noko kan vere bestemt eller bli gjort utan hennar uttrykte innsyn. Sjølv om autonomi er ein grunnverdi i helseetikk, er det ikkje vanleg at pasientar uttrykker så stort behov for kontroll over eige liv. Pasienten framstod som hen ikkje takla livet utanom sjukehuset. Når pasienten blir skriven ut, kjem hen raskt inn att på ei anna avdeling. Lidingstrykket er stort. KEK drøfta korleis ein kan setje grenser for pasienten med å vere empatisk tydeleg, samtidig som ein er klar og bestemt. Nokre avdelingar har prøvd med forvernsamtale før innlegginga, der ein drøftar grenser og forventningar til pasienten, og det vert stilt krav. Dette har nytta.

5. Økonomi

Det viser seg at ikkje alle utgifter er komne med i rekneskapen for KEK, rekneskapen viser utgifter på om lag kr. 4.854 utanom godtgjersle til leiar på kr. 90.000. Budsjettet var på kr. 190.000. KEK har prosjektnummer 1000706. Det har vore lite utgifter til reiseverksemd. Medlemer i utvalet har vore på tre reiser til Oslo, inkludert overnatting.

6. Evaluering av 2022 og plan for 2023

Arbeidet i Klinisk etikk komité har også dette året vore interessant og lærerikt. Det blir heile tida arbeidd med å auke kompetansen i utvalet, gjennom deltaking på kurs med SME, og drøfting i utvalet om ulike metodar. Det er ei utfordring at det er lettare å ha fokus på dei medisinsk-faglege utfordringane enn på dei etiske utfordringane. Dette er noko som blir arbeidd med. Det blir også arbeidd med korleis KEK skal gjerast kjent i føretaket. Vi har òg drøfta å få til ei oppdatering av sida på intranett med informasjon om utvalet.

- Det er oppretta etikkrefleksjonsgrupper, ERG, på medisinsk avdeling i Førde og Lærdal, kreftavdelinga, kirurgisk avdeling og i psykisk helsevern i Førde. Desse gruppene kan førebygge slitasje og moralsk stress hjå medarbeidarane. Det er også målet for alt etikkarbeid.
- På introduksjonskurset for LIS1 blir KEK presentert med ein kasuistikk.
- På gruppesamlingar for LIS2 er etikk eit av læringsmåla. Her er 6-trinnsmodellen presentert.

Året 2023 er det siste arbeidsåret for dette utvalet. Det er val av nye medlemer til KEK kvart 3. år. Det er eit håp at mange av dagens medlemer også blir med i nytt utval i 2024.

Planen for KEK i 2023 er:

- Å halde fram med å auke kompetansen for å kunne gjere gode etiske refleksjonar av dei ulike sakene
- Opprette fleire etikkrefleksjonsgrupper
- Få god informasjon om arbeidet i KEK på intranett
- Gjere KEK kjent i alle einingar i føretaket gjennom informasjon på intranett og eventuelt ved bruk av føretaket si Facebook-side
- At medlemmane i utvalet gjennomfører kurs i etikk som ligg i Læringsportalen