

ÅRSRAPPORT KLINISK ETIKK-KOMITÉ (KEK) OUS 2022

SAMMENDRAG:

DRØFTINGER I 2022

KEK har i løpet av året hatt 22 drøftinger knyttet til konkrete pasienter og seks drøftinger av prinsipielle problemstillinger.

KONKRETE PASIENTDRØFTINGER - ETISKE DILEMMA HAR OFTE INGEN IDEELLE LØSNINGER

KEKs bidrag til disse konkrete pasientsakene er å forsøke å ha en systematisk og bred drøfting hvor alle relevante sider av saken blir belyst. Sykehistorie, prognose, lidelse, involverte parterers syn, aktuelle lover og retningslinjer presenteres. Hvilken behandling som skal tilbys eller revurderes, drøftes i lys av prinsippene om at behandlingen skal gjøre godt, ikke skade, være rettferdig og ta hensyn til pasientens medbestemmelse. Eksempler fra andre deler av helsevesenet kan være nyttig. Det er behandlingsteamet som gjør beslutninger, men KEK kan bidra til å vekke de forskjellige aspektene. Etiske dilemma har ofte ingen ideelle løsninger og det gjelder å finne den minst dårlige.

Temaer som går igjen i pasientdrøftingene er spørsmål om behandlingsbegrensning, bruk av tvang, riktig nivå av medbestemmelse/pasientautonomi, utfordrende pasientsamarbeid, uenighet med pårørende og dilemmaer knyttet til prioritering av ressurser.

I stadig flere av sakene er pasientene mottakere av både somatisk og psykisk helsehjelp. Noen av de aller vanskeligste sakene gjelder unge med alvorlig spiseforstyrrelse og/eller selvskading, der både bruk av tvang og behandlingsbegrensning har vært diskutert.

Etter erfaringer fra flere slike saker har KEK deltatt i en bredere prinsipiell debatt om reduksjon av behandlingsnivå og «Når er nok nok?» hos pasienter innen psykisk helsevern i form av inviterte foredrag og artikler.

PRINSIPIELLE DRØFTINGER

Også i år var flere saker knyttet til covid-19, blant annet:

- Systematisk reduksjon av behandlingskvalitet i en pandemisk situasjon med stor tilstrømming av pasienter. Temaet ble også drøftet på Litteraturhuset og i Holden IV- rapporten der medlemmer av KEK var med.
- Prioritering til ECMO – behandling (hjerte-lunge maskin) under en pandemi

Andre prinsipielle drøftinger:

- Ansattes deltakelse i begravelse eller minnestund.
- Konfiskering av narkotika i akuttmottaket.

I 2021 var det flere pasientsaker knyttet til pasientens medbestemmelsesrett, og noen av KEKs medlemmer publiserte i 2022 en artikkel om dette tema: «Hvor går grensen?». Temaet vil være aktuelt fremover også.

INNHold

1. Sammendrag (se over)
2. Når blir KEK brukt?
3. Konkrete pasientsaker
4. Prinsipielle saker
5. Høringer/formelle uttalelser
6. Foredrag og undervisning internt og eksternt
7. Deltagelse i kurs, konferanser og utdanninger
8. Forskning og publikasjoner
9. Komité medlemmene
10. Komitémøter
11. Økonomi

2. NÅR BLIR KEK BRUKT?

Etiske utfordringer er vanlig i sykehuset og løses oftest lokalt. Ansatte i sykehuset, som oftest klinikere, kontakter KEK når de ønsker hjelp til å belyse de etiske sidene i spesielt vanskelige saker, for eksempel ved tvil om hva som er det rette, eller ved uenighet mellom berørte parter. Noen ganger kontaktes KEK av ledere på ulike nivå, eller av pasient og/eller pårørende.

I OUS er det tre «lokale» KEKer og en sentral. Saker som gjelder enkeltpasienter drøftes som regel i den aktuelle lokale KEKen. Prinsipielle spørsmål på systemnivå som gjelder grupper av pasienter (f.eks. retningslinjer, behandlingstilbud, prioritering), blir oftest drøftet i sentral KEK. Disse sakene gjenspeiler ofte viktige tema i samfunnet.

KEK kan bidra med en systematisk etisk drøfting som kan bistå behandlingsteamet og andre til å fatte beslutninger i vanskelige saker. Mange av de vanskeligste pasientsakene kan ses på som «lyskaster-saker», som også kan være av prinsipiell betydning og kan berøre nye problemstillinger. Noen ganger kan KEK-drøftinger kunne ut i råd om endring av rutiner eller annet forbedrings-/kvalitetsarbeid.

3. KONKRETE PASIENTDRØFTINGER

KEK har i løpet av året hatt 22 drøftinger knyttet til konkrete pasienter. KEK har i tillegg fått flere henvendelser som ikke har endt i en full KEK-drøfting, men som har blitt løst lokalt, og hvor KEK-medlemmer har fungert som en rådgiver.

Temaer som går igjen i pasientdrøftingene er spørsmål om behandlingsbegrensning, bruk av tvang, riktig nivå av medbestemmelse/pasientautonomi, utfordrende pasientsamarbeid, uenighet med pårørende og noen ganger dilemmaer knyttet til prioritering av ressurser. Flere av sakene er overlappende når det gjelder tematikk (samme sak kan for eksempel både handle om behandlingsbegrensning og uenighet eller tvang). I stadig flere av sakene er pasientene mottakere av både somatisk og psykisk helsehjelp, og en relativt stor andel gjelder barn/ ungdom/ unge voksne. Noen av de aller vanskeligste sakene gjelder unge med alvorlig spiseforstyrrelse og/eller selvskading.

I noen av sakene, hvor mange ulike fagpersoner/avdelinger og nivåer av helsetjenesten er involvert, ser vi at ansvarslinjer kan bli uklare, med manglende koordinering og samarbeid på tvers av tjenestene og at pasienter får suboptimal oppfølging. Dette er urovekkende da dette gjerne gjelder de aller mest sårbare pasientene. Ved konflikt, kan KEK noen ganger fungere som tilrettelegger for forbedret kommunikasjon mellom berørte parter.

To av drøftingene var andre og tredje gangs drøfting av samme pasient. I tillegg har KEK hatt en intern gjennomgang av saken som har vært drøftet i alt tre ganger. Saken har utløst et behov for å diskutere prosessen rundt drøftinger, hva KEK kan bidra med ved konflikt (i forhold til KEKs mandat og sammensetning) og referatprosessen etterpå.

Noen av sakene gjelder pasienter med annen kulturell bakgrunn, og islamsk rådgiver (imam) har i noen tilfeller vært benyttet.

BEHANDLINGSBEGRENSNING

Åtte av sakene var knyttet til beslutninger om behandlingsbegrensning, flere av disse gjaldt barn. Ofte handler disse sakene om hvorvidt det er rett å trekke tilbake eller la være å starte livsforlengende behandling, fordi nytten av behandlingen er usikker/svært liten og/eller fordi behandlingen forlenger et liv i lidelse.

I en sak var det vurdert at det ikke skulle igangsettes hjerte-lungeredning ved en eventuell hjertestans hos en pasient med alvorlig hodeskade. Spørsmålet for drøftingen var hvorvidt en burde sette ytterligere behandlingsbegrensninger dersom pasientens tilstand ikke ble forbedret.

En annen sak gjaldt en pasient som svært hyppig kom inn for avansert, somatisk akuttbehandling grunnet stadig tilbakevendende episoder med alvorlig selvskading. Behandlingen var god i akutt-situasjonen, men virket nytteløs på sikt og gikk utover behandlingstilbudet til andre pasienter. Her var spørsmålet om det ville være etisk akseptabelt å modifisere det aktuelle akuttmedisinske behandlingsopplegget som innebærer omfattende invasive prosedyrer til mindre inngripende (og dermed ressurskrevende) behandling.

BARN/UNGDOM/UNGE

4 av sakene gjaldt barn i ulik alder (premature nyfødte, småbarn, tenåringer). Ytterligere 2 saker gjaldt unge pasienter i begynnelsen av voksenlivet.

I en av sakene var spørsmålet om det var riktig å avslutte livsforlengende behandling for et barn når foreldrene ønsket at en skulle fortsette. I en annen sak var det snakk om et svært langvarig behandlingsforløp, som høyst sannsynlig ville innebære plager for barnet, og med usikkert resultat. For et barn med alvorlig kronisk sykdom var spørsmålet om det vil være etisk forsvarlig å avstå fra videre inngrep og heller ha en palliativ tilnærming. For en tenåring med en alvorlig tilstand og mye lidelse var det krevende å få til et optimalt behandlingsopplegg og et godt samarbeid blant annet pga. mange involverte (pårørende og fagpersoner/avdelinger) og ulike oppfatninger av hva som ville være riktig tilnærming.

TVANG/SAMTYKKEKOMPETANSE

Syv saker omhandlet hvorvidt det er riktig å gi behandling som pasienten motsetter seg. Spørsmålet om samtykkekompetanse har da vært sentralt fordi det kun er anledning til å anvende tvang når pasienten er vurdert ikke samtykkekompetent (utenom ø-hjelp situasjoner), men også da må det gjøres en helhetsvurdering av hva som vil være til pasientens beste, noe KEK forsøkte å bidra til.

Flere av disse sakene gjaldt pasienter med en alvorlig (akutt eller kronisk) psykisk lidelse/ psykose. Eksempler på situasjoner som har utløst spørsmål om tvang er at pasienten motsetter seg helsehjelp, ikke følger opp behandling, eller ikke ivaretar egen helse. I flere av sakene er pasienten i behov av livsnødvendig behandling for en alvorlig tilstand som avansert kreftsykdom eller alvorlig anoreksi. Andre ganger kan formålet med behandlingen være å forebygge alvorlig skade eller lidelse.

Dilemmaet som helsepersonell ofte opplever er at konsekvensene for pasienten kan bli svært alvorlig dersom man ikke gir helsehjelp, samtidig som tvang ofte vil være siste utvei fordi det er svært inngripende.

MEDBESTEMMELSE /PASIENTAUTONOMI

Prinsippet om respekt for den enkeltes autonomi er sentralt i alle KEK-drøftinger, og er særlig utfordret når pasienten mangler samtykkekompetanse. Men også i saker hvor pasienten er kompetent, ser vi at pasientens ønske kan komme i konflikt med faglige anbefalinger eller andre hensyn. I en sak ba pasienten om å bli frakoplet all livsunderstøttende behandling, inkludert mekanisk organstøtte som pasienten var avhengig av for å overleve. I en annen sak var spørsmålet om det var riktig å bruke organene til transplantasjon når avdøde, som hadde tatt selvmord, før sin død hadde ytret ønske om nettopp å bli organdonor.

UTFORDRENDE PASIENTSAMARBEID

Noen ganger har klinikere bedt om drøfting i KEK pga. utfordringer i samarbeidet med pasienten, som igjen har utløst etiske dilemmaer. I en sak ønsket behandlerne å drøfte hvorvidt det er etisk forsvarlig å etablere rammer og stille krav til samarbeid til pasient med alvorlig kreftsykdom som samarbeider dårlig om behandlingsopplegget. I en annen sak var det ønske om å utrede og behandle pasienten for somatisk sykdom, men det var vanskelig å gjennomføre, pga. manglende samarbeid.

UENIGHET MED PÅRØRENDE

I en sak ba avdelingen om drøfting pga. uenighet mellom behandlerne og pårørende om tidspunkt for tilbaketrekking av livsforlengende intensivbehandling for en pasient med multiorgansvikt. Pårørende ønsket mer tid mens behandlerne var sterkt bekymret for at det kun ville forlenge lidelse og trekke ut en pågående dødsprosess. I en sak ble KEK bedt om å drøfte hvorvidt det ville være etisk akseptabelt å etterkomme en ung pasients og foreldres ønske om utskrivning fra døgninnleggelse, noe helsepersonellet mente ville være faglig uforsvarlig. I en annen sak var det uenighet mellom behandlerne og foreldrene til en ung pasient om hvor mye pasienten og familien burde få ta ansvar for av behandlingstiltak. Behandlerne var bekymret for at viktige tiltak ikke ble fulgt opp godt nok slik

at livsnødvendig behandling stod på spill, mens familien opplevde at de ble fratatt innflytelse over egen situasjon. Denne saken ble drøftet flere ganger og siste gang var det foreldrene til pasienten som ba om drøfting fordi de opplevde at de ble satt under tvang.

UENIGHET MELLOM FAGPERSONER

Ved uenighet mellom fagpersoner er det viktig å avklare om det først og fremst er en uenighet om faglige vurderinger, eller om uenigheten bunner i verdikonflikter. I en kompleks sak med mange involverte og uenighet i behandlingsteamet ønsket klinikerne et formøte med de ulike fagpersonene for å få oversikt over problemstillingene og fakta i saken før en involverte familien i en ny drøfting.

PRIORITERING

Noen av pasientsakene har elementer av prioritering, hvor prinsippet om rettferdig fordeling av goder og byrder står sentralt, f.eks. tilgang til organer som er en begrenset ressurs. En sak gjaldt en pasient med midlertidig opphold som var i behov av organtransplantasjon. Avdelingen ønsket å drøfte om det ville være etisk forsvarlig å sette denne pasienten på transplantasjonslisten. Drøftingen var knyttet til en enkelt sak, men er av stor prinsipiell betydning i forhold til «transplantasjonsturisme» og annen helseturisme. I denne saken ble de juridiske forholdene avgjørende. I en annen sak var spørsmålet hvorvidt en burde tilby organtransplantasjon til en pasient med høy risiko for alvorlig arvelig lidelse senere i livet.

4. PRINSIPIELLE DRØFTINGER

Det har vært 6 prinsipielle KEK-drøftinger i løpet av året, 3 av dem relatert til covid-19. I tillegg har det vært to drøftinger av prinsipielle spørsmål med utgangspunkt i en konkret pasient. Sakene presenteres kort her, for resymé fra drøftingene, se Vedlegg 1.

SYSTEMATISK REDUKSJON AV BEHANDLINGSKVALITET I EN PANDEMISK SITUASJON MED STOR TILSTRØMNING AV PASIENTER

Utgangspunktet for drøftingen var en forventet ny bølge med korona på nyåret, og dermed risiko for stigende covid-innleggelse. Sykehuset hadde allerede innført prioriteringstiltak som: prioritering mellom pasienter/pasientgrupper og prioritering av ressurser, inkludert omdisponering av arealer, utstyr og personell. Et neste trinn i «prioriterings-trappen» var å vurdere følgende spørsmål:

Er det etisk akseptabelt i en krisesituasjon å gjøre en generell reduksjon i behandlingskvalitet for «alle» pasienter i sykehuset for å kunne behandle flere?

PRIORITERING TIL ECMO BEHANDLING (HJERTE-LUNGE MASKIN) UNDER EN PANDEMI

ECMO behandling er en knapp ressurs, det er kun kapasitet til 7 pasienter i OUS. Hvordan prioritere når det er fullt, slik det har vært - og igjen kan bli under pandemien? KEKs leder på RH/DNR fikk spørsmål om dette fra seksjonsoverlegen ved intensivavdelingen på RH, og valgte å ta spørsmålet videre opp med den sentrale etikkomiteen.

NYRETRANSPLANTASJON TIL PASIENTER UTEN COVID VAKSINE?

På et tidspunkt med høyt smittetrykk, ble KEK bedt om å drøfte følgende:

Bør pasienter som ikke er vaksinert mot Covid-19 få tilbud om nyretransplantasjon? Er det etisk akseptabelt å midlertidig (så lenge det er høyt smittetrykk) ikke tilby nyretransplantasjon til ikke-vaksinerte? Avdelingen hadde tatt en beslutning, men ønsket allikevel KEKs vurdering.

HELSEHJELP TIL PAPIRLØSE

Kirkens Bymisjon (KBM) driver, i samarbeid med Røde Kors, helsesenter for papirløse i Oslo og Bergen, og de er bekymret for at en del mennesker ikke får den helsehjelpen de har behov for og krav på. KBM tok kontakt for å høre hvordan en forholder seg til dette i OUS. KEK inviterte dem til å komme å presentere hvilke problemstillinger de ser gjennom sitt arbeid.

Møtet var en orientering fra Kirkens bymisjon til Klinisk etikk komite, men ikke en full drøfting.

ANSATTES DELTAKELSE I BEGRAVELSE ELLER MINNESTUND

KEK OUS mottok en henvendelse fra PALBU (Palliativt team for barn og unge HSØ) med ønske om en drøfting av følgende spørsmål: Bør ansatte ha mulighet til å delta i avdøde pasienters (barn) begravelse og/eller minnestund?

KONFISKERING AV NARKOTIKA I AKUTTMOTTAKET

Personalet i akuttmottaket opplever ukentlig at pasienter har med seg narkotika, og ønsket å diskutere følgende problemstilling: Er etisk rett å beslaglegge og destruere narkotika når det oppdages at pasienten har dette med seg ved ankomst til akuttmottaket?

5. HØRINGER/FORMELLE UTTALELSER

Senter for medisinsk etikk, UIO, har sendt revidert utkast til «Manual for kliniske etikk-komiteer for spesialisthelsetjenesten» til høring. Oona Dunlop og Harald Nydal har gitt innspill på vegne av KEK OUS.

KEK OUS har også svart på henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helse Sør-Øst RHF hvor de ba om tilbakemelding på spørsmål vedrørende i) arkivering og anonymisering av referater og ii) variasjon i rammevilkår for KEK-ene lokalt

Oona Dunlop har deltatt i Holden IV-utvalget: [Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

6. FOREDRAG OG UNDERVISNING, INTERNT OG EKSTERNT

KEKs medlemmer har i løpet av året holdt 19 interne og 6 eksterne foredrag/undervisningstilbud. KEK har blant annet også i år bidratt inn i LIS 1 utdanningen ved å gjennomføre gruppeundervisninger for nye LIS leger (i februar og august). (VEDLEGG 2)

KEK-medlemmer har startet opp etiske refleksjonsgrupper på RH, og det planlegges flere grupper i sykehuset.

7. DELTAKELSE I KURS, KONFERANSER, UTDANNINGER

Høstseminar for kliniske etikkomitéer 17.-18. nov. i regi av Senter for medisinsk etikk UiO, med stor deltakelse fra OUS.

Innføringskurs i klinisk etikk ved Senter for medisinsk etikk UiO, to deltakere fra OUS.

Halvdags internseminar for alle KEK-medlemmer i OUS 18.05 med fokus på hvordan vi jobber og hvordan vi kan jobbe bedre.

8. FORSKNING OG PUBLIKASJONER

KEK-medlemmer med forskningstilknytning til Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo:

Professor emeritus Reidun Førde.

Doktogradstipendiater: Lars Hestmark, Jørgen Dahlberg, Jacob Jorem og Berit Hofset Larsen.

Aktuelle publikasjoner av KEK-medlemmer:

Førde, R., Eeg-Henriksen, H., Larsen, B. H., Semb, M., & Dunlop, O. (2022). Pasienters medbestemmelse – hvor går grensen? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*.

Larsen, B. H. (2022a). Er det etisk akseptabelt å redusere behandlingskvaliteten i krisetider? *Sykepleien forskning (Oslo)*.

Larsen, B. H. (2022b). Hva kan rettferdiggjøre tvangstiltak? *Sykepleien forskning (Oslo)*

Aasen, H. (2022). Tvangens dilemma i behandling av alvorlig spiseforstyrrelse. *Psykologi 27.mai 2022*.

9. KOMITÉMEDLEMMENE

NYE MEDLEMMER:

Kari Grønås, KEK Riks-Radiumhospitalet

Erik Martinsen Kvisle, KEK Riks-Radiumhospitalet

Åse Eikeland, KEK Ullevål-Aker

Andreas Båtnes Rutlin, KEK Psykisk helse og avhengighet

Glør Harwiss, KEK Psykisk helse og avhengighet

Hedvig Aasen, KEK Psykisk helse og avhengighet

Anne-Lise Kristensen, sentral KEK

Harald Nydal, gått inn i KEK Ullevål-Aker i tillegg til sentral KEK

MEDLEMMER SOM HAR SLUTTET:

Unni Veirød, sekretær for de kliniske etikk-komiteene
Tove Hanche-Olsen, KEK Riks-Radiumhospitalet
Maren Mikkelsen Ellingsen, KEK Psykisk helse og avhengighet
Ruth Katharina Vieler, KEK Psykisk helse og avhengighet
Magne Stendal, KEK Ullevål-Aker

SENTRAL KLINISK ETIKK-KOMITÉ OUS

Oona Dunlop, overlege Avdeling for akuttmedisin, Ullevål, leder
Mona Semb, sjefpsykolog Søndre Oslo DPS, fungerende leder i perioder
Reidun Førde, professor Senter for Medisinsk etikk UiO (SME) (eksternt medlem/etiker), nestleder
Marc Ahmed, seksjonsleder og overlege Geriatrik avdeling Ullevål
Tor Aksel Aasmundstad, overlege Intensiv avdelingen RH
Berit Hofset Larsen, spesialsykepleier, rådgiver, Avd. for pasientsikkerhet og kvalitet. SME (sekretær fra 01.04).
Jeanette Engeset, enhetsleder, sykepleier, Nydalen DPS
Harald Nydal, leder for prestetjenesten
Hanne Eeg-Henriksen, juridisk rådgiver, Juridisk seksjon OUS
Tove Hanche-Olsen, Norsk Pasientforening, brukerrepresentant (sluttet 2022)
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS. (Frem til 01.04.)
Anne-Lise Kristensen, Pasient- og brukerombud Oslo/Akershus, brukerrepresentant (permisjon fra 01.10)

KEK RIKSHOSPITALET-RADIUMHOSPITALET (RH-DNR)

Tor Aksel Aasmundstad, overlege Intensivavdelingen, Rikshospitalet, leder
Berit Hofset Larsen, spesialsykepleier, rådgiver, Avd. for pasientsikkerhet og kvalitet. SME (sekretær fra 01.04).
Reidun Førde, professor SME (eksternt medlem/etikk-konsulent/lege)
Pirjo Suominen, avd. sykepleier Nevrologisk avd., Rikshospitalet
Inger Holm, fysioterapeut, professor Seksjon for forskning og kompetansesenter, Ortopedisk klinikk
Petter Brandal, overlege Avd. for kreftbehandling, Radiumhospitalet
Nina Aass, seksjonsleder/professor Avd. for kreftbehandling, Seksjon lindrende behandling
Ida Krag Rønne Mannsåker, sosionom BUP Rikshospitalet/stipendiat Oslo Met
Jørgen Dahlberg, lege, jurist, stipendiat SME (eksternt juridisk medlem)
Heidi Gloslie, overlege barneavd./leder seksjon for sjeldne diagnoser, Rikshospitalet
Guro Lindviksmoen Astrup, sykepleier Radiumhospitalet
Øystein Buer, Sykehusprest
Erik Martinsen Kvisle, fagutviklingssykepleier nevrokirurgisk avd. (ny i 2022)
Kari Grønås, brukerutvalget, brukerrepresentant (sluttet 2022)

KEK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET (P-A)

Mona Semb, sjefpsykolog DPS Søndre Oslo, leder
Jeanette Engeseth, enhetsleder, sykepleier, Nydalen DPS
Eileen Paus, sykehusprest, Gaustad sykehus.
Runar Eikeset, overlege, BUP, frontteam
Lars Hestmark, LIS lege og stipendiat, Senter for medisinsk etikk UIO (eksternt medlem)
Maren Mikkelsen Ellingsen, psykologspesialist Seksjon for rus og avhengighet, Ullevål (sluttet 2022)
Ruth Katharina Vieler, overlege Seksjon for psykosebehandling, Dikemark (sluttet 2022)
Juridisk rådgiver Hanne Eeg- Henriksen, Juridisk seksjon OUS
Andreas Båtnes Rutlin, psykologspesialist, Seksjon rus og avhengighetsbehandling (fra 01.01.)
Berit Hofset Larsen, spesialsykepleier, rådgiver, Avd. for pasientsikkerhet og kvalitet. SME (sekretær fra 01.08).
Gløer Harwiss, spesialsykepleier, Seksjon for rus- og avhengighetsbehandling, ung (fra 01.10)
Hedvig Aasen, psykologspesialist, RASP (fra 01.11)

KEK ULLEVÅL-AKER (U-A)

Marc Ahmed, seksjonsleder og overlege, Geriatrisk avdeling, Ullevål, leder.
Oona Dunlop, overlege Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål, nestleder
Beate Indrebø Hovland, teolog (eksternt medlem, etikk-konsulent)
Gunnar Grømer, assisterende avdelingsleder, sykepleier, PO/Intensiv avd, Ullevål
Magne Stendal, sykehusprest Ullevål (sluttet 2022)
Ingvil Schau Ystgaard, overlege Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål - Radiumhospitalet
Dag Wendelbo Sørensen, overlege Akuttklinikken, Ullevål
Berit Skjørshammer, intensivsykepleier Akuttmottaket, Ullevål
Jacob Jorem, Jurist, LIS lege, stipendiat SME
Eivor Nesheim, overlege Barneavdelingen, Ullevål
Håvard Andreassen Sæverud, overlege Lungemedisinsk avd., Ullevål
Solveig Rostøl Bakken, brukerrepresentant, Pensjonistforbundet
Harald Nydal, leder for prestetjenesten
Berit Hofset Larsen, spesialsykepleier, rådgiver, Avd. for pasientsikkerhet og kvalitet. SME (sekretær fra 01.08).
Åse Eikeland, sykepleier, seksjonsleder, KIT, avdeling for urologi (fra 01.08)

10. KOMITÉMØTER

Alle de fire komitéene planlegger møter en gang pr. måned, unntatt om sommeren. Møtene brukes bl.a. til å planlegge aktiviteter og foredrag om aktuelle tema. Drøftinger av pasientsaker legges til ordinære møter hvis det passer, men fordi slike saker ofte haster blir disse gjerne holdt som ekstra drøftingsmøter/ «hastemøter».

PLANLAGTE MØTER

Sentral KEK og KEK RH-DNR har hver hatt 10 planlagte møter, KEK U-A har hatt 9 og KEK P-A har hatt 8 planlagte møter.

EKSTRA DRØFTINGSMØTER

Det har vært behov for 10 ekstra drøftingsmøter.

11. ØKONOMI

KEK er administrativt underlagt stabsenheten for Pasientsikkerhet og Kvalitet og har sin økonomi knyttet til denne. Stabsenheten finansierer **0,9 stilling knyttet til KEK**, fordelt slik:

Sekretær 50%, leder Sentral KEK 10%, leder KEK RH/DNR 10%, leder KEK P/A 10%

og leder KEK U/A 10%. KEK har ikke eget driftsbudsjett.

Sign. 15.02.23

Oona Dunlop

Leder av KEK OUS

VEDLEGG:

1. Kort resymé fra prinsipielle drøftinger
2. Liste over KEK undervisning/foredrag

KORT RESYMÉ FRA PRINSIPIELLE DRØFTINGER

Det har vært 6 prinsipielle KEK-drøftinger i løpet av året, 3 av dem relatert til covid-19. I tillegg har det vært to drøftinger av prinsipielle etiske spørsmål med utgangspunkt i en konkret pasient.

SYSTEMATISK REDUKSJON AV BEHANDLINGSKVALITET I EN PANDEMISK SITUASJON MED STOR TILSTRØMNING AV PASIENTER

Utgangspunktet for drøftingen var en forventet ny bølge med korona på nyåret, og dermed risiko for stigende covid-innleggelsler. Sykehuset hadde allerede innført prioriteringstiltak som: prioritering mellom pasienter/pasientgrupper og prioritering av ressurser, inkludert omdisponering av arealer, utstyr og personell. Et neste trinn i «prioriterings-trappen» var å vurdere følgende spørsmål:

Er det etisk akseptabelt i en krisesituasjon å gjøre en generell reduksjon i behandlingskvalitet for «alle» pasienter i sykehuset for å kunne behandle flere?

KEK konkluderte som følger:

«KEK tilråder en systematisk, rettferdig og åpen reduksjon av behandlingskvalitet i OUS i en pandemisk situasjon med mange pasienter når hensikten er å kunne behandle flere. Det er under forutsetning av at det begrenses til perioder hvor det anses nødvendig pga. en reell kapasitetsutfordring, og at en går tilbake til normalt «nivå» så snart som mulig. Det vil være bedre å forberede en styrt reduksjon i behandlingstilbudet/-kvaliteten enn at det gjøres vilkårlig når situasjonen har blitt prekær. Det må vurderes lokalt på den enkelte enhet/avdeling hvordan dette konkret kan gjennomføres, men de samme prinsippene bør gjelde for hvordan dette kan gjøres på en god og rettferdig måte. Det er mange forbehold som bør tas hensyn til, som listet opp over.»

PRIORITERING TIL ECMO BEHANDLING (HJERTE-LUNGE MASKIN) UNDER EN PANDEMI

ECMO behandling er en knapp ressurs, det er kun kapasitet til 7 pasienter i OUS. Hvordan prioritere når det er fullt, slik det har vært - og igjen kan bli under pandemien?

KEK s leder på RH/DNR fikk spørsmål om dette fra seksjonsoverlegen ved intensivavdelingen på RH, og valgte å ta spørsmålet videre opp med den sentrale etikkomiteen.

Utdrag fra KEK`s vurdering:

Problemstillingen er om det vil være etisk forsvarlig å ta en pasient med tilsynelatende dårlig prognose (selv om det er ekstra vanskelig å forutse med Covid pasienter) av ECMO, for å gi tilbudet til en annen pasient med antatt bedre prognose, som kommer inn? Det er et brutalt valg å ta, for det er en stor sjanse for at pasienten som ikke får tilbud videre da vil dø.

Helsedirektoratets Nasjonal veileder Koronavirus er knyttet til intensivkapasitet generelt, men KEK vurderte at den bør ha stor overføringsverdi til denne drøftingen om ECMO-prioritering.

KEK vil spesielt peke på prioriteringskriteriene vi bruker ellers i helsevesenet; alvorlighet, nytte og ressursbruk må også gjelde for Covid pasienter.

Det trekkes frem i Helsedirektoratets veileder:

- Manglende fremgang ved intensivbehandling over tid, i forhold til forventet forløp av sykdommen/skaden (nyttekriteriet)
- Endret medisinsk tilstand (nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet)
- Forverring av ressurstilgangen (ressurskriteriet)

Rettferdig fordeling av ressurser er et viktig prinsipp her. Det er stor knapphet på intensiv-sykepleiere, en ECMO pasient trenger dobbelt så mange som en annen intensivpasient. Dette er også noe man må ha med seg i en helhetlig vurdering av helsetilbudet som blir gitt.

KEK mener det er etisk forsvarlig å avslutte ECMO behandling på pasienter som vurderes å ha dårlig prognose, selv om det vil føre til døden, for å gi tilbud til andre med bedre prognoser (som f.eks. unge, gravide, pasienter med forgiftninger m.m.).

Slike beslutninger er krevende å ta, det må være konsensus i fagmiljøet og ledelsen må stå bak det.

Åpenhet overfor pårørende er også viktig og nødvendig. Men balansen mellom åpenhet og å ikke skape ekstra bekymring kan være vanskelig og må tilpasses i hvert enkelt tilfelle.

NYRETRANSPLANTASJON TIL PASIENTER UTEN COVID VAKSINE?

På et tidspunkt med høyt smittetrykk, ble KEK bedt om å drøfte følgende:

Bør pasienter som ikke er vaksinert mot Covid-19 få tilbud om nyretransplantasjon? Er det etisk akseptabelt å midlertidig (så lenge det er høyt smittetrykk) ikke tilby nyretransplantasjon til ikke-vaksinerte? Avdelingen hadde tatt en beslutning om ikke å tilby transplantasjon hvis ikke pasienten har 2 vaksinedoser, dette ut i fra en risikovurdering. De ønsket allikevel KEKs vurdering av beslutningen.

Utdrag fra KEKs vurdering:

Smittetrykket i samfunnet er svært aktuell. Uvaksinerte pasienter strykes ikke av Transplantasjonslisten, men må vente til smittetallene i samfunnet er lave igjen eller frem til det er mulig å beskytte transplanterte, uvaksinerte pasienter tilstrekkelig mot svært alvorlig sykdom. Transplantasjon med levende givere/donoror (som oftest familiemedlemmer), må også vente til smitten er lavere.

Den faglige beslutningen om ikke å tilby nyretransplantasjon til uvaksinerte anses å være etisk akseptabel. Den faglige vurderingen sikter ikke mot pasientens valg i seg selv, men omfatter konsekvenser av pasientens valg som inngår i en vanlig risikovurdering. Å ikke vaksinere seg før transplantasjon resulterer i betydelig, alvorlig helsemessig risiko. Ikke-skade-prinsippet og rettferdighetsprinsippet (ansvarsfull bruk av et knapphetsgode/donororgan) er etiske hensyn som har betydning i den aktuelle situasjonen.

Alle pasienter har krav på faglig forsvarlig helsehjelp. Og det er derfor av betydning at nyreerstattende behandling ikke avvikes for uvaksinerte pasienter, men fortsettes som før (noe som er altså i tråd med både lov og etikk).

HELSEHJELP TIL PAPIRLØSE

Kirkens Bymisjon (KBM) driver, i samarbeid med Røde Kors, helsesenter for papirløse i Oslo og Bergen, og de er bekymret for at en del mennesker ikke får den helsehjelpen de har behov for og krav på. KBM tok kontakt for å høre hvordan en forholder seg til dette i OUS. KEK inviterte dem til å komme å presentere hvilke problemstillinger de ser gjennom sitt arbeid.

Møtet var en orientering fra Kirkens bymisjon til Klinisk etikk komite, men ikke en full drøfting.

Utdrag fra møtet:

Noe av problemet slik KBM ser det er at selv om en kan ha rett til helsehjelp, så må pasienter som ikke er en del av den norske folketrygden i utgangspunktet selv betale for det. Sykehusets retnings-linjer (OUS) slår fast at i tilfeller hvor pasienten ikke har betalingsevne, er det sykehuset som skal ta kostnaden. I praksis er mange redde for å søke helsehjelp i frykt for å få store regninger som de ikke kan betale.

Hvor går grensen for rettigheter til alle? Dette er også en politisk diskusjon fordi det alltid vil være et spørsmål om hvem som skal betale for at pasienter får sine rettigheter oppfylt. KBM understreker imidlertid at rett til helse er nedfelt i menneskerettighetene.

En hovedutfordring er at det synes å være ulik lovforklning, særlig angående PrI § 5-3, ifølge KBM, noe som fører til forskjellsbehandling og at noen ikke får den helsehjelpen de har krav på. Det kan tyde på at det er behov for en klargjøring/presisering av regelverket.

I dette orienterende møtet kom de frem at det åpenbart er etiske utfordringer knyttet til ulik behandling av pasienter. Men dette er også knyttet til de store politiske beslutninger om et komplekst tema som ikke kan avklares i et kort møte og som på flere områder ligger på siden av KEK OUSs mandat.

ANSATTES DELTAKELSE I BEGRAVELSE ELLER MINNESTUND

KEK OUS mottok en henvendelse fra PALBU (Palliativt team for barn og unge HSØ) med ønske om en drøfting av følgende spørsmål: Bør ansatte ha mulighet til å delta i avdøde pasienters (barn) begravelse og/eller minnestund?

Fra KEKs oppsummering:

Spørsmål om ansatte skal ha mulighet til å delta i avdøde pasienters (barns) begravelse, er vanskelig. I drøftingen var medlemmene av KEK nokså samstemte om at selv om pårørende kan oppleve det som omsorgsfullt at personell deltar i begravelsen, bør dette kun skje helt unntaksvis. Det legges vekt på at det skal være rettferdig dersom noen får oppmøte, men ikke andre i samme situasjon. Det vil kunne oppleves som avvisende.

I tillegg handler det til en viss grad om rolleforståelse; det er KEKs vurdering at helsepersonellets rolle bør være innen sykehusets rammer og at man bør tilstrebe ivaretagelse av pårørende gjennom samtaler på sykehuset ved dødsfallet, eller gjennom syning/ minnestund eller etter-samtaler. Det nevnes spesielt at et personlig håndskrevet kort fra personell eller avdelingen kan også være i varetakende for pårørende. For helsepersonellet bør avdelingen også kunne ivareta sorg gjennom en del av de samme mekanismene i tillegg til egne prosesser.

I noen sjeldne tilfeller kan relasjonen mellom pasient/ pårørende og personell bli så nær at det føles viktig og riktig å møte i begravelsen og da heller KEK i retning av at deltakelse i begravelse skjer på den ansattes fritid og på egen bekostning.

KONFISKERING AV NARKOTIKA I AKUTTMOTTAKET

Problemstilling: Er etisk rett å beslaglegge og destruere narkotika når det oppdages at pasienten har dette med seg ved ankomst til akuttmottaket?

Personalet i akuttmottaket opplever ukentlig at pasienter har med seg narkotika; ofte mindre doser, sjeldnere store kvanta (1-2 ganger i året). Det er ikke vanlig å ransake våkne pasienter, men man ransaker rutinemessig pasienter som kommer inn med traumer eller intox for om mulig å få kunnskap om hvorfor de er bevisstløse, da det vil ha betydning for behandlingen. Når narkotiske stoffer oppdages, er sykehusets retningslinje at det skal leveres til sikkerhets-avdelingen som igjen utleverer det til politiet hvor det destrueres. For mange av personalet oppleves dette som et dilemma fordi det kan sette pasienten i en svært vanskelig situasjon.

For noen pasienter kan inndragelse av det som for dem er deres medisin være en ekstra belastning i et ellers strevsomt liv. Noen risikerer alvorlige sanksjoner fra det illegale miljøet dersom narkotika går tapt. En frykter at noen vil unnlate å søke helsehjelp dersom de risikerer at narkotika konfiskeres.

Utdrag fra KEKs oppsummering:

I dette dilemmaet kommer hensynet til pasienten og dennes sikkerhet i konflikt med hensynet til medpasienter, personalets sikkerhet, og sykehusets retningslinjer. Hva bør så veie tyngst? Drøftingen tematiserte særlig etiske verdier som å «ikke skade» og «gjøre vel (tillit)». Det ble også lagt vekt på at pasientgruppen det dreier seg om er noen av de mest sårbare i samfunnet.

Oppbevaring, bruk og omsetning av narkotika mens man er på sykehuset er uakseptabelt, da det kan gå utover behandlingen og andre. Sykehuset skal være et trygt sted for alle. Å unnlate å inndra narkotika som oppdages, vil også være et brudd med sykehusets retningslinjer. Dette kan løses ved at stoffet deponeres i sykehusets regi som man gjør med andre eiendeler og verdisaker.

Det største dilemmaet synes å være knyttet til hvorvidt narkotika bør konfiskeres og leveres til politiet for destruksjon, eller leveres tilbake til pasienten ved avreise, gitt de potensielt alvorlige konsekvensene det kan ha for pasienten om narkotika går tapt.

Slik det er nå, synes praksis å variere avhengig av hvem som er på vakt – det er uheldig. Mangel på enhetlig praksis kan også føre til at en setter kolleger i en vanskelig situasjon. Det er derfor enighet om at sykehuset bør ha retningslinjer for dette. Det at noen av tunge samvittighetsgrunner velger å ikke følge de nåværende retningslinjene kan tyde på at det er behov for en gjennomgang av disse. Det var ingen jurist tilstede i drøftingen. KEK er kjent med at juridisk seksjon ved sykehuset er i gang med et arbeid for å vurdere relevante juridiske aspekter. Resultatene fra dette bør tas med i en helhetsvurdering i arbeidet med å revidere sykehusets retningslinjer og rutiner på dette området.

LISTE OVER FOREDRAG OG UNDERVISNING INTERNT OG EKSTERNT

INTERNT		
Dato	Sted	Hvem
13.01.22	Etikk-undervisning for LIS-leger, Søndre Oslo DPS	Mona Semb (MS)
17.02.22	Smågruppeundervisning i etikk for LIS-1 leger	Berit Hofset Larsen (BHL), Berit Skjørshammer (BS), Ida Mannsåker (IM)
05.04.22	Foredrag for sykepleierne ved nyfødttintensiv avdeling	Heidi Glosli (HG)
??.06.22	Undervisning for leger på generell indremedisin: Klinisk etikk og KEKs arbeid.	Ingvil Schau Ystgaard (ISY)
08.06.22	Hva er klinisk etikk og hva kan KEK hjelpe med? Fellesundervisning nevrologisk avdeling og geriatrisk avdeling.	Marc Ahmed (MA)
19.08.22	Smågruppeundervisning i etikk for LIS-1 leger	BHL, Eirik Martinsen Kvisle (EMK), Guro L. Astrup (GLA), Harald Nydal (HN), Jeanette Engeset (JE), Åse Eikeland (ÅE).
25.08.22	Kliniske etikkomiteer og erfaringer med etiske dilemma. I obligatorisk program for spesialisering i voksenpsykologi	MS
31.08.22	Hva er klinisk etikk og hva kan KEK hjelpe med? Undervisning LIS 2/3 Ullevål	MA
??	Undervisning om KEK for sykepleierne på A6, Radiumhospitalet.	GLA
22.09. og 18.10.22	Fagdag for pleie- og kontorpersonelet urologisk avd. Aker: Systematisk etikkrefleksjon og drøfting av case ved hjelp av SME-modellen.	BHL
23.09.22	Kontorfaglig kompetanseprogram OUS. Etikkundervisning, presentasjon av KEK.	Gunnar Grømer (GG)
??.10.22	Undervisning for LIS-leger ved DNR: Klinisk etikk og KEKs arbeid.	(ISY)
18.10.22	Undervisning om KEK for sykepleierne på transplantasjonskirurgisk avd.	Tor Aasmundstad (TAa)
25.10.22	Foredrag for sykepleierne ved nyfødttintensiv avdeling	HG
03.11.22	Gruppeveiledning i etikk for LIS-leger (spesialisering barn)	HG
24.11.22	Fagdag for sykepleiere nyfødt INT, Rikshospitalet: KEK og de fire helseetiske prinsipper	TAa
14.12.22	Foredrag om etikk for Medisinsk intensiv, OUS	OD
15.12.22	Undervisning for LIS i Avd. for kreftbehandling: Case-diskusjon knyttet til nytteløs behandling; bruk av SME-modellen	Nina Aass (NAa)
EKSTERNT		
Dato	Sted	Hvem
09.11.22	Etikkseminar Bærumsykehus (Bærum KEK): Samvalg – et honnørord?	BHL
17.11.22	Når er nok nok – ved tvangsbehandling av pasienter med anoreksi? Nasjonalt møte for statsforvaltere og kontrollkommisjoner, Trondheim	OD
17.11.22	Tvangens dilemma i behandling av alvorlig spiseforstyrrelse	Hedvig Aasen (HAa)
18.11.22	Presentasjon av case på Nasjonalt høstseminar for kliniske etikk-komiteer: KEK's rolle ved konflikter – i drøftinger og ved etterspill	MA
18.11.22	Presentasjon av case på Nasjonalt høstseminar: Pasienters medbestemmelse – hvor går grensen?	OD
29.11.22	Fagdag for ansatte på Ahus: Systematisk etikkrefleksjon og drøfting av case ved hjelp av SME-modellen.	BHL