

## ÅRSRAPPORT KLINISK ETIKKOMITÉ OUS 2019

### SAMMENDRAG:

I 2019 var det mange saker som var spesielt engasjerende for Klinisk etikkomité (KEK). Disse drøftingene var både knyttet til konkrete enkeltpasienter og til drøftinger av generell og prinsipiell karakter.

21 drøftinger av pasientsaker; som alltid er behandlingsbegrensning, bruk av tvang eller utfordringer knyttet til samtykkekompetanse temaer for drøftinger.

I år trekkes frem følgende særlig komplekse saker:

- Etisk dilemma der handlingsvalg stod mellom behandling med **stor grad av tvang eller død** som sannsynlig konsekvens av manglende behandling.
- **Manglende samhandling** mellom forskjellige etater gikk også igjen som problemstilling.
  - Et barn med midlertidig opphold fikk nødvendig øyeblikkelig hjelp behandling, men som betinger videre livslang avansert medisinsk oppfølging som barnet ikke kan få i hjemlandet. Saken synliggjør manglende samordning mellom instanser som kan sikre dette, dvs. å gi nødvendig helsehjelp (Helseforetaket), og myndighet til å gi oppholdstillatelse (UDI). Dette skaper også etiske utfordringer.
- Flere drøftinger gjaldt **behandlingsbegrensning** etter alvorlig påført voldstraume mot hodet, der død som utfall ville endre tiltale fra legemsbeskadigelse til drap for involverte pårørende.

Av de generelle drøftingene, har følgende tema også vært i fokus i samfunnsdebatten:

- **Likeverd og prioritering**
  - «Diagnostikk eller behandling fra private helsetjenester og videre behandling i det offentlige -en vei inn for noen?», uttalelse fra KEK på oppdrag av Helse Sør-Øst/HOD.
  - Transplantasjonstilbud til pasienter der kunnskap om gevinsten er usikker
  - Alvorlig syke pasienter med både psykisk og somatisk lidelse som må behandles under langvarig tvang
- **Den nye donasjonsmetoden "Donation after circulatory death" DCD**
- **Personvern, taushetsplikt og pasientsikkerhet**

Annet:

- Foredrag/presentasjoner, 32 interne og 14 eksterne foredrag
- KEK bidrar i ny undervisningsmodell for klinisk etikk for leger i spesialisering (LIS), et undervisningsløft.
- Bidrag til høringsuttalelser: NOU Åpenhet i grenseland.

## INNHOOLD:

1. Sammendrag: De viktigste sakene for KEK i 2019
2. Når blir KEK brukt
3. Konkrete pasientsaker
4. Generelle saker
5. Høringer/formelle uttalelser
6. Presentasjon av KEK og foredrag internt og eksternt
7. Åpne seminarer
8. Deltagelse i kurs, konferanser, utdanninger
9. Annet (refleksjonsgrupper, forespørsel)
10. Presentasjon av komitéene
11. Komitémøter
12. Økonomi

## 2. NÅR BLIR KEK BRUKT?

Klinisk etikkomite (KEK) har blitt brukt mye i 2019, både i konkrete pasientsaker, til prinsipielle drøftinger og høringer. KEK drøftet 21 pasientsaker, en liten økning fra 2018 (18 saker). De fleste henvendelsene kom fra behandlere, men noen kom også fra pårørende eller ledelse.

Saker som er knyttet til behandlingsbegrensning eller knyttet til bruk av tvang, er det mange av ute i klinikkene. Sakene som kommer til KEK, er ofte de mest komplekse, og kan være «lyskaster»-saker, og således være av prinsipiell interesse.

I tillegg til at behandlerne ønsker å få drøftet vanskelige etiske problemstillinger i KEK, bidrar også drøftingen ofte som en kvalitetssikring av vanskelige kliniske og etiske beslutninger.

Noen henvendelser har ikke primært hatt en etisk problemstilling, og blitt løst gjennom samtale mellom avdelingen og en av KEK lederne.

KEK har arrangert seminarer, og har også blitt invitert til en rekke foredrag, dels som undervisning, men mange som innspill til debatt. Den nye undervisningsplanen for LIS involverer KEK i stor grad. Mange av våre medlemmer engasjerer seg i dette, selv med betydelig arbeidsbelastning fra før.

## 3. DRØFTING AV KONKRETE PASIENTSAKER

Det er mange ulike avdelinger på OUS som tar kontakt med KEK, både sengeavdelinger og poliklinikker, barneavdelinger, intensivavdelinger, medisinske avdelinger, kirurgiske avdelinger, avdeling for nevrohabilitering, og avdelinger innen psykiatri og rus, og flere.

Alle de 21 pasientsakene var prospektive.

### TEMATIKK I SAKENE:

**Behandling av barn med midlertidig opphold** (1 drøfting, barnevern og fosterfar tilstede).

Denne saken var svært viktig for barnet den gjelder, men er også av stor prinsipiell betydning. Det dreier seg om et barn som ikke hadde permanent opphold i Norge, men som var i akutt behov av, og

fikk avansert nødvendig behandling. Etter gjennomført behandling, kunne ikke barnet reise tilbake til sitt hjemland, fordi livsnødvendig oppfølging ikke er tilgjengelig der og barnet ville dø.

Den etiske utfordringen består i at barnet er i Norge, og er avhengig av livslang medisinsk oppfølging som ikke kan gis i hjemlandet, mens foreldre og søsken ikke har oppholdstillatelse i Norge. Omsorg for barnet ble overført til barnevernet, men det har vært vanskelig å skaffe barnet en stabil bo- og omsorgs-situasjon. Dette har ført til økende bekymring for barnets psykiske helse.

Saken har likhetspunkter med en tidligere offentlig omtalt sak vedrørende et barn med en medfødt misdannelse, hvor det ble presisert at barn uten permanent opphold skal få nødvendig behandling i Norge, jfr. gjeldene rettsregler:

*«Gjeldende rettsregler for "papirløse" migrantbarn er jf. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 4 at de har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester "med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes".*

Dette forholdt behandlerne seg til i denne nye saken. Men manglende samordning mellom helsevesenet og myndighetene ved UDI, har nærmest skapt en «umulig» situasjon for dette barnet.

#### **Behandlingsvalg hos pasienter uten sikker samtykkekompetanse (5 drøftinger).**

Den ene av disse sakene (to drøftinger) dreide seg om en pasient med en smittsom sykdom som trengte isolasjon. Pasienten forsto ikke situasjonen, ble oppfattet som uten beslutningskompetanse og ble flyttet til sykehjem med tvangsisolering: etiske problemstillinger var knyttet til pasientens behandling og omsorg. Samtidig berørte saken samhandlingsutfordringer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

En annen sak gjaldt en kritisk syk pasient med underliggende neurodegenerativ lidelse og alvorlig ledsagende multimobiditet som ønsket seg hjem på tross av omfattende omsorgsbehov. Pasienten hadde ikke samtykkekompetanse for egne helse- eller omsorgsbehov, men et konsistent ønske om å være hjemme allerede før kritisk sykdom inntraff.

En ung asylsøker som hadde ankommet i Norge med uklar neurologisk lidelse utviklet akutt, livstruende sykdom. Pasienten var ambivalent i sine ønsker om at all livreddende behandling skulle avsluttes.

Ulike behandlere av en pasient med psykisk utviklingshemming møtte etiske dilemmaer ved å måtte velge mellom operativ tvangsinngrep eller et liv med betydelig lidelse. Saken fikk en annen vinkling og åpnet for alternative løsninger etter kommunikasjonsvansker ble avklart.

#### **Behandlingsbegrensning**

VOKSNE (2 drøftinger). Den ene saken dreide seg om stor skade etter en akutt hendelse. Pårørende var til stede i drøftingen. Den andre saken dreide seg om en pasient som hadde vært syk i årevis og hvor behandling ikke førte til bedring av tilstanden. Pas/pårørende var ikke tilstede.

BARN (4 drøftinger). To drøftinger dreide seg om det samme barnet, det gjaldt omfattende akutt skade. I denne saken hadde KEK ingen kontakt med pårørende. I den andre saken som også dreide

seg om omfattende akutt skade, var pårørende tilstede. Den siste dreide seg om behandlingsvalg hos et barn medfødt lidelse, her møtte foreldrene to av KEK medlemmene på forhånd.

I år har det vært flere saker der barn/unge voksne har vært utsatt for svært alvorlige voldstraumer fra omsorgspersoner. Behandlingsbegrensning i slike saker har vært oppfattet som spesielt vanskelig for behandlingsteamene, ikke minst fordi sakene ikke er ferdig vurdert rettslig, og fordi omsorgsansvar/pårørende status er endret (f. eks barnevernet har fått omsorg). Behandlingsbegrensning med påfølgende død hos pasienten kan endre siktelsen for de involverte pårørende. Det har vært 3 slike drøftinger.

**Tvang versus behandlingsbegrensning** ved langvarig psykisk lidelse uten bedring. (4 drøftinger). Tre av drøftingene dreide seg om samme pasient. Begge pasientene dette gjaldt hadde vært syke over flere år og prøvd mange forskjellige behandlingstilbud, uten vesentlig bedring. De hadde til felles at behandlingsteamet mente at man fortsatt hadde gode behandlingsmuligheter som ikke var prøvd ut i tilstrekkelig grad. KEK- representanter møtte den ene av pasientene og dens pårørende. I den andre var KEK ikke i kontakt med pasient/pårørende.

**Barn med alvorlig lidelse, hva er medisinsk forsvarlig og omsorgsfull behandling** (3 drøftinger). I den ene saken var foreldrene uenige i legenes behandlingsvalg. Den andre saken handlet om mangelfull behandling/ omsorg og ansvarspulverisering. Den tredje handlet om en pasient med flere diagnoser, grensesetting og foreldreinvolvering var sentralt. Tvang ble også vurdert. I en av sakene var pårørende til stede, i en annen møtte ikke pårørende, og i en tredje møtte representanter fra ulike nivåer i hjelpeapparatet.

**Medisinsk behandling utenfor anbefalte retningslinjer.** En drøfting gjaldt rusomsorg, pasient ikke tilstede.

**Pasient med ALS** (amyotrofisk lateral sclerose). Ingen sykdom har ført til så mange drøftinger de siste årene som ALS. Denne saken handlet om samtykke-kompetanse ifht. videre behandling og ansvar for pårørende. Det var kun behandlingsteamet på OUS som deltok i drøftingen.

## 4. DRØFTING AV GENERELLE SAKER

6 prinsipielle saker ble drøftet i 2019.

### SAKENES INNHOLD

Mange av de vanskeligste sakene er knyttet til **prioritering**. Der det er begrensede ressurser som ved transplantasjon, dvs. begrenset antall organer, kan det være lettere å forstå at man må prioritere. Det er ofte vanskeligere å se at det også ellers er begrensede ressurser og at det er viktig å prioritere slik at man får best mulig helse for flest mulig. Uansett er prioritering vanskelig, først og fremst for pasienter som ikke får et tilbud de ønsker seg, men også en svær utfordring for helsepersonell som må gjøre prioriteringen og møte de pasientene som ikke blir prioritert.

**Lungetransplantasjon, utvidelse av indikasjonsområde.** Etisk drøfting av hvor grensene bør gå for hva som er tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag og konsekvenser for prioritering. Dersom noen starter å

transplantere pasientgrupper utenfor vanlig indikasjon, hvor god skal prognosen være og hvor sikker kunnskap skal man ha, før man tilbyr denne behandlingen også i Norge? Dette blir spesielt viktig ved lungetransplantasjon, fordi dette er en begrenset ressurs. Det er bare ca. 30 som kan transplanteres hvert år, og det er til enhver tid ca. 60 pasienter som venter på transplantasjon. Mange av disse dør mens de venter. Det betyr at dersom en pasient får nye lunger, så er det en annen som må vente og som kan dø i køen. Skal man vente med å tilby transplantasjon til de i denne nye kategorien til det finnes mer forskningsdata? Da er flere av disse pasientene trolig døde. Eller skal man starte å tilby transplantasjon til denne gruppen? Komitéen ga støtte til at det kan være etisk forsvarlig å tilby transplantasjon for en spesifikk, konkret gruppe, særlig dersom man kan bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget, og så gjøre en ny vurdering etter en tid.

**Ny metode for thoraxkirurgi.** De første behandlingene av en ny internasjonalt etablert metode lyktes ikke, - etiske avveininger om man bør fortsette med metoden.

**Utagerende pasienter under legemiddellassistert rehabilitering.** Når pasienter utagerer i legemiddellassistert rehabilitering; hvordan kan og bør man tilrettelegge et videre behandlingstilbud som ivaretar hensynet til andre pasienter/pårørende.

**Utfordringer knyttet til helsepersonells personlige kjennskap til pasienter,** spesielt ved organtransplantasjonsvirksomhet der prinsippet er at det ikke skal være noen kobling mellom identiteten til giver og mottaker. Problemstillingen handlet i vesentlig grad mer om vanskelige utfordringer knyttet til profesjonalitet enn om etikk, en retningslinje vil kanskje kunne hjelpe, men individuelle løsninger vil det nok alltid være behov for.

#### **KEKs bidrag i utdanning av leger (LIS).**

Etikk har fått en ganske stor plass i de nye læringsmålene, som er helt nytt i forhold til tidligere krav. Drøfting om hvordan KEK best mulig vil kunne bidra, en egen arbeidsgruppe i KEK ble satt ned.

En viktig del av mandatet for KEK er å drive formidling og undervisning. Undervisning av leger i spesialisering er en sentral del av dette. Ny struktur for spesialisering av leger innehar felles kompetansemål i etikk som omhandler læringskrav både for grunnspecialisering (tidligere turnus nå LIS1) og videre spesialisering (nå LIS2 og LIS3). Læringsmålene for etikk dekkes av KEK medlemmer bl.a. i direkte undervisning til legene (herunder LIS1) og i undervisning av veiledere (overleger) som underviser og veileder leger i spesialisering. Et eget undervisningsprogram er etablert for LIS1, og et nytt undervisningsprogram for veiledere er under utvikling i samarbeid med REGUT OUS.

Oppdraget er imidlertid en utfordring i forhold til KEKs ressurser, det er mulig at forventningene er for store i forhold til at ekstra ressurser ikke er satt inn.

#### **Diagnostikk eller behandling fra private helsetjenester og videre behandling i det offentlige? - en vei inn for noen?**

Drøfting med uttalelse fra KEK på oppdrag av Helse sørøst/HOD. Problemstillingen ble reist som følge av flere enkeltsaker omtalt i media. Flere pasienter har gjennom private helseinstitusjoner betalt for diagnostikk og/eller behandling som ikke gis ikke gis i offentlige helsetjenester og som så enten får påvist gunstige genmarkører eller har effekt av behandlingen. De spør nå om kost-/nyttevurderingen

endres slik at de nå fyller kriteriene for videre behandling i det offentlige. De regionale helseforetakene har forholdt seg ulikt til dette.

Det sentrale etiske spørsmålet er om pasienter som har råd til å kjøpe privat behandling som avklarer om behandlingen har effekt, senere skal få tilgang til offentlig behandling, mens pasientene uten mulighet til diagnostikk eller oppstart av behandling hos private helseaktører, ikke får tilbudet.

#### KEK oppsummerte med:

KEK mener at det **ikke** vil være riktig å tilby behandling i det offentlige til pasienter som har kjøpt private tjenester og dermed fått holdepunkt for at de eger seg for behandlingen. Et likeverdig helsetjenestetilbud er et helt grunnleggende prinsipp i helsetjenesten, som vil kunne undergraves hvis man åpner opp for at de som har råd til å kjøpe seg inn i det offentlige via det private helsevesenet går foran og får noe ikke alle får. Rettferdighet i form av hensynet til likeverdige helsetjenester er vektet enda tyngre enn det å kunne gjøre godt for noen og vektet tyngre enn redusert kost/nytte på individnivå. Komiteen var samstemt om oppsummeringen.

Se også kapittel 5

#### **Åpenhet i grenseland** NOU Norges offentlige utredninger 2019-10

KEK ble bedt om å gi hørings svar av juridisk avdeling OUS. Utredningen omhandler bruk av bilder, film og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, skolen og barnehagen.

#### Generelle kommentarer fra KEK

Utvalget har tolket sitt mandat som innenfor gjeldende rett. Nye utfordringer kan derfor kanskje ikke ha blitt drøftet tilstrekkelig. Ytringsfriheten og dekkultur har vært sentrale i NOU'ens betraktninger, men dekker ikke en del viktige situasjoner knyttet til filming i sykehus. Argumentet med ytringsfrihet virker også helt uforståelig i deler av denne konteksten.

#### Relevante utfordringer

- TV serier/programmer der pasienter, (men i særlig grad barn), på sykehus involveres. Grenseoppgangen mellom informasjon og underholdning i form av reality-liknende programmer er til dels utvisket. Er det i det hele tatt riktig av sykehuset å formidle til pasienter at TV-selskaper ønsker å lage programmer? Hva slags informasjon bør en pasient som spørres om å delta få?
- Bilder/filming som pasientens egen dokumentasjon, de ønsker selv å dokumentere sin sykdom, sine operasjoner og samtaler.
- Mulige ulemper for pasientbehandling ved filming.
- Kostnader
- Medpasienters og tjenesteyteres vern.

Se også kapittel 5

## 5. HØRINGER/FORMELLE UTTALELSER

KEK har uttalt seg eller bidratt i 3 offentlig høringer

**Diagnostikk eller behandling fra private helsetjenester og videre behandling i det offentlige.**  
Høringsuttalelse på oppdrag fra Helse sørøst/HOD. Se kapittel 4. **VEDLEGG 1**

**NOU Norges offentlige utredninger 2019: 10 Åpenhet i grenseland.**

Bilder, film og lydopptak i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, skolen og barnehagen.  
KEK ga høringssvar via juridisk avdeling OUS. **VEDLEGG 2**

**DCD (Donation after circulatory death) - Metodevurdering («Nye metoder»), FHI.** Organdonasjon etter hjerte- og åndedrettstans vurderes innført i Norge. Publisert 17.12.2019 Rapporten er nå oversendt til de regionale helseforetakene.

Metoden har vært en del omtalt i media, 3 av KEKs medlemmer har sittet i ekspertgruppen i FHI, til dels med flere «hatter», og en har vært fagfelle.

Fra oppsummeringen: «I arbeidsgruppen som har deltatt i utarbeidelsen av rapporten er det enighet rundt mange av problemstillingene som er reist, men det er også noen uenigheter».

Det er fra juristenes side konstatert at loven åpner for DCD og de etiske utfordringene er kanskje heller ikke så store. De punktene der det ikke er endelig avklart hverken i rapporten eller i debatten, har spesielt dreid seg om er «når er man død og hvordan skal døden konstateres?». Det er kommet konkrete forslag til bruk i metoden om hvorledes døden skal konstateres, som er mer likt det som gjøres for konstatere døden ellers. Men man har ikke ennå helt formulert en biologisk definisjon av død som både faller innunder loven (inkludert forskriften) og er biologisk korrekt, og det er fortsatt debatt om begrepet «kontekstavhengig» død og om hvordan aortablokken skal oppfattes i forhold dødsforståelsen.

## 6. FOREDRAG, INTERNT OG EKSTERNT

Det er holdt 32 foredrag/presentasjoner om KEK, KEKs arbeid og klinisk-etiske problemstillinger internt på sykehuset. Eksternt er det holdt 14 presentasjoner/foredrag, bl.a. ved Senter for medisinsk etikk, Legeforeningen (LIS kurs) og andre sykehus og organisasjoner. Mange av komitémedlemmene har bidratt til denne synliggjøringen av den kliniske etikken. **VEDLEGG 3**

## 7. ÅPNE SEMINARER

«Beslutningskompetanse – et etisk og medisinskfaglig minefelt?» Rikshospitalet 29.01.19

«Etliske utfordringer i et kulturelt mangfold» Rikshospitalet 15.10.19

Seminarplakater **VEDLEGG 4 og 5**

## 8. DELTAGELSE I KURS, KONFERANSER, UTDANNINGER

**SMEs høstseminar**, 14-15 nov:

Oona Dunlop, Marc Ahmed, Dag Wendelbo Sørensen, Gunnar Grømer, Berit Skjørshammer, Magne Stendal, Tor Aksel Aasmundstad, Berit Hofset Larsen, Egil Eide, Ida Krag Rønne Mannsåker, Heidi Glosli, Guro Lindviksmoen Astrup, Mona Semb, Eileen Paus, Gunn Helen Klevemoen, Jeanette Engeseth, Runar Eikeset, Ruth Katarina Vieler og Unni Veirød

**SMEs innføringskurs** i klinisk etikk 28-29 okt:

Heidi Glosli, Berit Skjørshammer, Guro Lindviksmoen Astrup, Gunn Helen Klevmoen  
Maren Mikkelsen Ellingsen og Ruth Katarina Vieler

**9. ANNET**

Flere av KEK medlemmene driver **etikk refleksjonsgrupper** på egne avdelinger.

KEK fikk forespørsel fra en barneavdeling om **KEK formelt kunne «godkjenne» en søknad** om utprøvende medikamentell behandling. Behandlende leger ønsket dette, men det utenlandske legemiddelfirmaet krevde en aksept fra KEK. KEK hadde ingen betenkeligheter med å støtte klinikerens vurdering og uttalte seg positivt til søknaden.

**10. PRESENTASJON AV KOMITÉENE****Sentral klinisk etikk-komité OUS**

## MEDLEMMER:

Overlege Oona Dunlop, Akuttmedisinsk avdeling/CBRNE-senteret, Ullevål, leder  
Professor Reidun Førde, Senter for Medisinsk etikk UiO (SME), nestleder (ekstern, etikk kompetanse)  
Seksjonsleder, overlege Marc Ahmed, Geriatrik avdeling Ullevål  
Overlege Tor Aksel Aasmundstad, Intensiv avdelingen RH  
Spesialsykepleier, stipendiat Berit Hofset Larsen, Avdeling for kreftbehandling, DNR/SME  
Sjefpsykolog Mona Semb, Søndre Oslo DPS  
Enhetsleder, sykepleier Jeanette Engeset, Nydalen DPS  
Sykehusprest Egil Eide, Prestekontoret, OUS  
Juridisk rådgiver Hanne Eeg-Henriksen, Juridisk seksjon OUS  
Brukerrepresentant Tove Hanche-Olsen, Norsk Pasientforening (fra sept.-19)  
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

**KEK Rikshospitalet/Radiumhospitalet (RH/DNR)**

## MEDLEMMER:

Overlege Tor Aksel Aasmundstad, Intensivavdelingen, Rikshospitalet, leder  
Spesialsykepleier, stipendiat Berit Hofset Larsen, Avdeling for kreftbehandling, DNR/SME, nestleder  
Professor Reidun Førde, SME (eksternt medlem/etikk-konsulent/lege)  
Sykehusprest Egil Eide, Prestekontoret, OUS  
Avd. sykepleier Pirjo Suominen, Nevrologisk avdeling, Rikshospitalet  
Professor Inger Holm, Seksjon for forskning og kompetansesenter, Ortopedisk klinikk  
Overlege Petter Brandal, Avdeling for kreftbeh., Radiumhospitalet  
Seksjonsleder/professor Nina Aass, Avdeling kreftbeh., Seksjon lindrende beh, Ullevål/Radiumhospitalet  
Sosionom Ida Krag Rønne Mannsåker, stipendiat Oslo Met (BUP Rikshospitalet)  
Jurist, LIS lege, stipendiat Jørgen Dahlberg, SME (ekstern, juridisk kompetanse)  
Overlege Heidi Gloslie, barneavdelingen Rikshospitalet  
Sykepleier Guro Lindviksmoen Astrup, Radiumhospitalet  
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.



### **KEK psykisk helse og avhengighet (P/A)**

#### **MEDLEMMER:**

Sjefpsykolog Mona Semb, DPS Søndre Oslo, leder

Enhetsleder, sykepleier Jeanette Engeseth, Nydalen DPS

Sykehusprest Eileen Paus, Gaustad sykehus.

Overlege Runar Eikeset, BUP, frontteam

Enhetsleder, sykepleier Sølvi Johansen Brøvig, Alderspsykiatrisk avd. Vardåsen (tilbake fra perm. sept.-19)

LIS lege, stipendiat Lars Hestmark, SME (ekstern, etikk kompetanse)

Psykologspesialist Maren Mikkelsen Ellingsen, seksjon for rus og avhengighet, Ullevål.

Enhetsleder, vernepleier Gunn Helen Klevmoen, PUA Dikemark

Overlege Ruth Katharina Vieler, seksjon for psykosebehandling, Dikemark.

Juridisk rådgiver Hanne Eeg- Henriksen, Juridisk seksjon OUS

Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

### **KEK Ullevål/Aker (U/A)**

#### **MEDLEMMER:**

Seksjonsleder, overlege Marc Ahmed, Geriatrik avdeling, Ullevål, leder.

Overlege Oona Dunlop, Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål, nestleder

Teolog Beate Indrebø, Hovland Kampen Omsorg+/frilans (ekstern medlem/etikk-konsulent)

Assisterende avdelingsleder, sykepleier Gunnar Grømer, PO/Intensiv avd, Ullevål

Sykehusprest Magne Stendal, Ullevål

Klinikkleder, overlege Morten Mowé, Medisinsk klinikk

LIS lege Ingvil Schau Ystgaard, Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål

Overlege Dag Wendelbo Sørensen, Akuttklinikken Ullevål

Overlege Eivor Nesheim, Barneavdelingen

Overlege Håvard Andreassen Sæverud, Lungemedisinsk avdeling

Jurist, LIS lege, stipendiat Jacob Jorem, SME (ekstern, juridisk kompetanse)

Intensivsykepleier Berit Skjørshammer, Akuttmottaket Ullevål

Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avdeling for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

## **12. 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 fra eksterne deltakere. Drøftinger av pasientsaker legges til ordinære møter hvis det passer, men da slike saker ofte haster, blir disse gjerne holdt som ekstra drøftingsmøter/ "hastemøter".

**KEK RH/DNR** har hatt 9 planlagte møter og 4 ekstramøter med drøfting av pasientsaker.

Tilsammen 6 saker er drøftet, 5 relatert til pasienter, en av prinsipiell karakter. (Se kap. 4 og 5 )

I tillegg har KEK RH/DNR bidratt i flere av drøftingene på Ullevål.

**KEK P/A** har hatt 9 planlagte møter og 2 ekstramøte med drøfting av pasientsaker.

Tilsammen er 3 pasientsaker er drøftet. (I tillegg har to pasientdrøftinger skjedd i tett samarbeid mellom KEK U/A og KEK P/A) (Se kap. 3)

**KEK U/A** har hatt 10 planlagte møter, 9 ekstra drøftingsmøter. Tilsammen er 12 pasientsaker er drøftet, flere i tett samarbeid med de andre komiteene. (Se kap. 3 )

**KEK OUS** - Sentral KEK, har hatt 10 planlagte møter. Til sammen er 6 prinsipielle saker drøftet.

(Se kap. 3 og 4)

### **13. ØKONOMI**

KEK er administrativt underlagt stabsenheten for Pasientsikkerhet og Kvalitet og har sin økonomi knyttet til denne. Stabsenheten finansierer 0,9 stillinger 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.

#### VEDLEGG

1. Høringsuttalelse, «Diagnostikk eller behandling fra private helsetjenester .....».
2. Høringsuttalelse, «Åpenhet i grenseland»
3. Oversikt over KEK medlemmenes presentasjoner/foredrag
4. Seminarplakat «Beslutningskompetanse – et etisk og medisinskfaglig minefelt?»
5. Seminarplakat «Etske utfordringer i et kulturelt mangfold»