

**Årsrapport for 2021
fra Klinisk etikkomité
St. Olavs Hospital HF**

Innhold

Bakgrunn og mandat	3
Målsetning, møter og arbeidsform	3
Komiteens sammensetning	4
Saker i 2021	5
Erfaringer med å være pårørende til unge, voksne barn som ikke vil dele helseopplysninger.....	5
Intimitet og seksualitet for personer med demens på sykehjem	5
Etiske utfordringer med elektrosjokk-behandling	6
Selvskader og kirurgi	6
Smertebehandling og rus	6
Eldre pasient i psykiatrien som ikke ønsker behandling for brystkreft	7
Pasient som ikke møtte	7
Ultralydundersøkelsen som ble mer omfattende enn hva den gravide ønsket	7
Gebyr for pasienter med allmennfarlig smittsom sykdom som ikke møter til time	8
Pasient uten samtykkekompetanse som ikke vil la seg operere til tross for voksende tumor	8
Behandle en pasient mot sin vilje når behandlingen sannsynligvis er livsnødvendig?	9
Avslutning av livsoppretholdende behandling for ung pasient	9
Seminarer/fagdager/undervisning	9
Satsningsområder 2022	10
Regnskap 2021 og budsjett 2022	10

Bakgrunn og mandat

St. Olavs Hospital har hatt klinisk etikkomite siden 1998. I 2003 fastslo Helse- og omsorgsdepartementet at det skal finnes ledelsesforankrede kliniske etikk-komiteer ved alle landets helseforetak. I 2021 ble Kliniske etikkomiteer lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven. Om mandatet for komiteene sier loven dette: «Den kliniske etikkomiteen skal bidra til å øke helsepersonellens kompetanse i å identifisere, analysere og avklare etiske verdspørsmål i forbindelse med pasientbehandling og ved prioritering av ressurser. På forespørsel fra helsepersonell eller pasienter skal den kliniske etikkomiteen bistå med råd om hvordan konkrete etiske utfordringer ved behandlingen av den enkelte pasient kan løses. Pasientens nærmeste pårørende kan også be om bistand fra den kliniske etikkomiteen dersom dette antas å være i samsvar med pasientens ønske.»

Målsetning, møter og arbeidsform

Målsetning for Klinisk etikkomite (KEK) sitt arbeid på St. Olavs hospital:

- KEK skal øke den etiske kompetansen rundt pasientbehandling
- KEK skal tilføre godt etisk skjønn til saker som bringes inn for komiteen
- KEK skal få helsepersonell og/eller pasienter til å oppleve at utfordrende etiske spørsmål er ivarettatt, drøftet og håndtert på en innsiktsfull, omsorgsfull og tillitsfull måte til pasienters beste
- KEK skal stimulere til økt etisk refleksjon på avdelingene
- KEK skal gi skriftlige tilbakemeldinger på alle saker kort tid etter de er behandlet
- KEK skal ha kort responstid og kan stille opp på hasteinnkallinger
- KEK skal være initiativtaker og medarrangør til åpne etikkseminarer på sykehuset
- KEK skal være positiv til å delta i undervisning om klinisk etikk
- KEK skal fungere som etisk sparringspartner og «kritisk venn» for ledelsen ved sykehuset

Møter

KEK har fast møte den andre torsdag i hver måned. Saker kan meldes skriftlig til sekretær (berge.solberg@ntnu.no) eller leder (Janicke.Marita.Syltern@stolav.no). Innmelder kan så presentere problemstillingen muntlig i møte med KEK. Ved henvendelser som haster, kan deler av komiteen møte ansatte i klinikken på kort varsel. Møtereferatene unndras offentligheten (jf. offentleglova § 13, § 14). Prinsipielle saker, høringsuttalelser, o.l. kan presenteres i ulike fora. Anonymiserte pasientsaker kan presenteres i årsrapporten, på Kilden og på hjemmesidene for landets kliniske etikkomiteer ved UiO.

Måten et KEK-møte foregår på, er gjerne at en eller flere klinikere legger frem en sak som oppleves utfordrende. Alternativt kan pårørende, eller også pasienter, møte i KEK med eller uten behandlere. KEKs første bidrag består av drøftingsprosessen som skjer der og da når behandlere (evt pårørende eller pasient) møter KEK til refleksjon. KEKs andre bidrag er en skriftlig, strukturert tilbakemelding som setter ord på den innsikten man har kommet frem til gjennom refleksjonene under og i etterkant av møtet. Det skriftlige bidraget kan inngå i pasientens journal eller det kan benyttes til videreformidling og refleksjon på avdelingen.

Metode

Klinisk etikkomite benytter seg av en strukturert modell for etisk vurdering, den såkalte «sekstrinnsmodellen» eller «SME-modellen», utviklet av Senter for medisinsk etikk ved UiO (se [denne manualen](#) for utfyllende forklaring). Modellen skal sikre at alle sider ved en sak blir belyst. Et viktig trinn er å sette ord på hva som er det etiske dilemmaet. Et etisk dilemma inneholder gjerne vanskelige verdivalg eller motstridende interesser, hvor ingen løsning tilsynelatende er optimal. Deretter fremskaffes relevante fakta i saken, man finner ut hvilke parter som er berørt og hvilke syn og interesser disse kan ha. Videre identifiseres relevante lover, sammenlignbare saker og mulige etiske verdier eller prinsipper som står på spill. Mulige handlingsalternativer drøftes ut fra hvilke konsekvenser de kan få og hva slags intensjoner som ligger bak. Ulike verdier og prinsipper veies opp mot hverandre. Drøftingen kan føre fram til en konklusjon eller et råd som kan fungere som beslutningsstøtte for den som har fremmet saken. I drøftingene tar KEK ofte utgangspunkt i sykehusets kjerneverdier og allment aksepterte medisinske og helsefaglige etiske prinsipper samt sentrale etiske veiledere i helsetjenesten, retningslinjer og lovverk.

Komiteens sammensetning

Komiteen er satt sammen av medlemmer som har markert interesse for etiske problemstillinger og som samtidig representerer en bred klinisk erfaringsbakgrunn. I tillegg er pasientperspektivet representert med en brukerrepresentant, og etikken med fagetisk ekspertise. Komiteen har også solid representasjon fra preste- og samtaletjenesten.

Ved utgangen av 2021 så sammensetningen av KEK slik ut:

Janicke Syltern, leder	Overlege, Barn- og nyfødt intensiv
Randi Salvesen, nestleder	Intensivsykepleier, avdelingssjef, Barn Intensiv
Berge Solberg, sekretær	Professor i medisinsk etikk, ISM, NTNU
Torbjørn Dahl	Overlege, avdelingssjef, Kirurgisk klinikk
Ståle Vansvik	Sykehusprest, Preste- og samtaletjenesten
Kenneth Åsenhus	Psykiatrisk sykepleier, seksjonsleder, Psykisk helsevern
Lise Conelly	Brukerrepresentant
Unni Korshavn	Sykepleier, avdelingssjef, Rus- og avhengighetsmedisin
Johan-Arnt Hegvik	Overlege, Hovedintensiv
Dagfinn Eldor Green	Overlege, Psykisk helsevern, Østmarka, seksjon Øya
Sigurd Loe Steinshamn	Overlege, seksjonsoverlege, Klinikk for lunge og arbeidsmedisin
Monica Singstad Johansen	Intensivsykepleier og kardiologisk spesialsykepleier.
Øyvind Tharaldset Sørensen	Hovedprest, Preste- og samtaletjenesten

Saker i 2021

Saksmengden har vært godt i 2021. Særlig i siste halvdel, kom det inn mange saker. KEK avholdt 11 ordinære møter og 3 ekstraordinære møter i 2021. KEK presenterer her en oversikt over de sakene vi behandlet i 2021 som har latt seg anonymisere og dermed egner seg for årsrapporten.

Erfaringer med å være pårørende til unge, voksne barn som ikke vil dele helseopplysninger

«Er det etisk forsvarlig å la være å informere foreldre om at deres hjemmeboende barn på 20 år befinner seg på intensivavdelingen?»

En pårørende henvendte seg til KEK med ønske om å belyse denne problemstillingen. Mye står på spill i slike spørsmål – det er taushetsplikt og pasientautonomi på den ene siden og foreldreansvar og pårørendeinvolvering på den andre. Feltet er strengt lovregulert, og det er begrenset rom for etisk skjønnsutøvelse. Men et visst rom er det. KEK drøftet spørsmålet sammen med pårørende. KEK var klar på at et nei til å dele pasientopplysninger fra en ung voksen pasient, må respekteres. Men det utelukker ikke at behandlerne snakker med pasienten om bakgrunnen for dette nei-et, og at man tør å utfordre det dersom man ser at det egentlig ville være til pasientens beste å få støtte og omsorg fra pårørende. KEK vil også påpeke at om en ung, voksen pasient kommer inn på en intensivavdeling og ikke er kontaktbar, men man oppdager at det står notert i journalen fra tidligere opphold at foreldre ikke skal kontaktes, så bør slike «forhåndsønsker» likevel gjennomgå en etisk prøving. Som sagt så gjelder de generelle etiske føringene om at viktigheten av foreldreinvolvering øker med alvorlighet. Gjeldende etiske vurderinger tilsier også at opplysninger om hvor pasienten befinner seg, er mindre inngripende opplysninger enn detaljer om sykdomstilstand og diagnose.

Intimitet og seksualitet for personer med demens på sykehjem

«Er det riktig at et sykehjem forhindrer to beboere med demens-diagnose fra tett kontakt og intime forbindelser, fordi den enes ektefelle uttrykker misnøye med situasjonen?»

Alderspsykiatrisk poliklinikk hadde fått henvendelse fra et sykehjem vedrørende pasient med demens. Pasienten hadde funnet seg en «kjæreste» på sykehjemmet og det kom opp spørsmål om dette var greit, ikke minst på basis av at en ektefelle trolig mislikte det.

Den generelle oppfatningen i KEK var at sykehjemmet bør være noe forsiktig med å gripe inn og forhindre varme relasjoner mellom beboere med demens, dersom disse relasjonene bærer preg av frivillighet og de bidrar til økt livskvalitet for beboerne. KEK problematiserte begrepet «utroskap» i lys av en alvorlig demensdiagnose hvor man ikke husker at man er gift og kanskje ikke gjenkjenner ektefellen mer. Videre betonte KEK viktigheten av at også personer med alvorlig demens får mulighet til å leve et så fullverdig liv som mulig. KEK oppfordret til samtaler med ektefellen med sikte på å få gehør og forståelse for at sin kjære får et best mulig liv med sitt nye «jeg» forårsaket av kognitiv svekkelse - selv om det skulle innebære vanskelige følelser for ektefellen selv.

Etiske utfordringer med elektroshokk-behandling

Gjør vi mer skade enn godt ved å behandle svært gamle mennesker med ECT?

KEK diskuterte denne saken på initiativ av to behandlere. Problemstillingen var todelt – dels handlet det om den høye alderen på noen av pasientene som får ECT-behandling og dels handlet det om organiseringen av tilbudet. Det finnes gode argumenter både for og mot at pasienter i høy alder mottar denne behandlingen. KEK var i utgangspunktet skeptisk til tanken om behov for en aldersgrense all den tid ECT-behandling synes å være mer effektivt enn medikamentell behandling, også for gamle pasienter. Samtidig er det åpenbart at det skal mer til å rettferdiggjøre nytten av krevende og invasive behandlingstiltak jo eldre pasienten er. KEK foreslo at de to involverte avdelingene møtes til felles undervisning og diskusjon rundt nytte- og skade-betraktninger for denne pasientgruppen. Slik dialog vil kunne skape større felles forståelse rundt målet, meningen og begrunnelsen for behandlingen og dermed dempe følelsen av fremmedgjøring og «samlebånd» som sykepleierne her rapporterer om. KEK drøftet også behandlernes opplevelse av at ECT drives som en bigeskjeft av anestesileger. KEK mener løsningen på dette problemet er en omorganisering av tilbudet. Dels handler dette om at ECT-behandling bør fremstå som en hovedoppgave for de som skal drive med dette, og dels handler det om hvor behandlingen gis. ECT-behandling bør flyttes til mer egnede lokaler som bedre sikrer åpenhet, innsyn, tid og verdighet i dette behandlingsforløpet. Det nye psykiatribygget ville vært utmerket for dette formålet.

Selvskader og kirurgi

«Behandles pasienten forsvarlig dersom potensielt livstruende selvskading ikke møtes med «fullt traumemottak» hver gang, men kun begrenset team?»

En pasient hadde hatt utallige innleggelser forårsaket av selvskading. Gjentatte kirurgiske inngrep vil føre til flere komplikasjoner og økt risiko for pasienten, mente behandlerne. Såkalt «fullt traumemottak» ble vurdert som ikke bærekraftig over tid, da det ville føre til at andre pasienter ble skadelidende. KEK diskuterte saken i møtet, deretter gjennom utkast til uttalelse. KEK pekte på viktigheten av at en ansvarsgruppe med representanter fra ulike behandlere, inkludert fastlege, kommunale tjenester, psykiatri, akuttmottak og kirurgiske klinikker involveres for å lage en helhetlig plan for denne pasienten.

Smertebehandling og rus

«Hvordan møte en pasient når langvarig smertebehandling glir over i et rusproblem?»

En ung pasient hadde slitt med kroniske smerter og i mange år fått daglig opioidbehandling, og opplevde at han ikke lenger fikk tilstrekkelig smertebehandling. Behandlerne vurderte nå situasjonen dithen at avhengighet var et større problem enn smertene. KEK ble involvert i saken og diskuterte den over flere møter. I ett av møtene deltok pasienten selv sammen med behandlerne. KEKs rolle i saken var primært å legge til rette for god dialog mellom de ulike involverte behandlerne og pasienten. Et tverrfaglig behandlingsteam var under opprettelse, og en tverrfaglig behandlingsplan ville bli utarbeidet.

Eldre pasient i psykiatrien som ikke ønsker behandling for brystkreft

«Bør helsetjenesten akseptere eller overprøve en eldre pasients motstand mot optimal behandling for brystkreft, når pasienten lider av paranoid schizofreni?»

En eldre pasient i psykiatrien ønsket ikke behandling for brystkreft. Behandler var usikker på om ønsket burde legges til grunn all den tid pasienten trolig ikke var samtykkekompetent. KEK diskuterte saken inngående med behandler. Å fjerne et bryst mot en pasients vilje, er en dramatisk handling, selv om pasienten vurderes til ikke å være samtykkekompetent i saken. Selv om tvang juridisk sett skulle kunne rettferdiggjøres, så skal frivillighet alltid være forsøkt først. For pasienter med psykiske lidelser er det viktig å kunne komme i posisjon for å få gjort de tingene som er i pasientens egeninteresse. For denne pasienten ble det etter hvert klart i diskusjonen med KEK at hun trengte tid og at man foreløpig ikke var i posisjon. Det var en omforent enighet om at pasienten burde gis mer tid til «å klare opp» og samle seg, i håp om at hun ble mer moden for tanken om kreftbehandling på et senere tidspunkt.

Pasient som ikke møtte

«En alvorlig syk pasient som har ønsket behandling, møter ikke til oppsatte timer og befinner seg nå i en annen del av landet. Kunne det være riktig å begjære tvangsundersøkelse av pasienten der hun holder til?»

Behandler tok saken til KEK for å diskutere hvor langt hjelpeplikten går i tilfeller man tenker det står om liv, men pasienten befinner seg utenfor helsetjenestens varetekt. Behandler hadde gått langt i å forsøke å oppfylle hjelpeplikten. Men hun var også blitt møtt med motstridende etiske og juridiske vurderinger. KEK diskuterte saken med behandler, og var positiv til tanken om å be den aktuelle kommunelege begjære en tvungen legeundersøkelse av pasienten. Et tvangsvedtak er ikke synonymt med utøvelse av makt. Det behøver ikke å oppleves veldig inngripende å få undersøkt beslutningskompetansen. Veldig mange situasjoner i psykiatrien løses ved bruk av tvangshjemmel men uten bruk av makt. I denne saken viste det seg at pasienten til slutt hadde kommet i kontakt med helsevesenet ved et annet sykehus, nær bosted til pasientens pårørende.

Ultral lydundersøkelsen som ble mer omfattende enn hva den gravide ønsket

«Kan en gravid kvinne som kommer til sen ultralydundersøkelse for å få undersøkt morkakens plassering, kreve at det ikke gjøres tilleggsundersøkelser av størrelsen på fosteret?»

Den moderne samvalgs-tanker innebærer ikke at pasienten skal kunne «shoppe» helsetjenester slik man selv føler for. Men den rommer en ide om at det er viktig at behandler og pasient går veien sammen. I denne saken oppsto et motsetningsforhold mellom behandler og pasient, det var en opplevelse av krenkelse og det endte med en klagesak. Åpenbart kom man ikke i mål sammen. KEK tenkte at man kanskje kunne ha kommet sammen i mål dersom man hadde utvist litt større fleksibilitet fra behandlernes side. Det forutsetter at fostermedisinen ikke føler seg programforpliktet på “alt eller ingenting” i absolutt alle situasjoner, men nettopp kan vurdere dette skjønnsmessig. Åpner man opp for en ørliten grad av “persontilpasset” ultralydundersøkelse, må man ta høyde for at de valgene man ender opp med, ikke nødvendigvis blir de optimale valgene, sett fra et faglig ståsted. Men så lenge

valgene blir gode nok – faglig og risikomessig – så er kanskje dette det optimale, sett fra et etisk ståsted. Saken ble meldt inn til KEK fra Senter for fostermedisin. KEKs tanker ble senere formidlet og diskutert på et morgen-møte på avdelingen med gjensidig læring for alle parter. Pasienten mottok KEKs uttalelse.

Gebyr for pasienter med allmennfarlig smittsom sykdom som ikke møter til time

«Er det rimelig at ressursvake pasienter med allmennfarlig smittsom sykdom som ikke møter til time, kan ilegges et gebyr på 1125 kroner?»

KEK ble kontaktet av en sykepleier som reagerte på praksis med fraværsgеbyr (gebyr for pasienter som ikke møter til time) overfor pasienter med allmennfarlige smittsomme sykdommer. KEK diskuterte saken med sykepleieren og ga så en uttalelse som også ble sendt til klinikk- og avdelingssjef. Disse mente imidlertid at saken var mangelfullt belyst, og KEK inviterte dem til et møte. Basert på innspillene fra avdelingsledelsen, lagde KEK en endelig uttalelse. Her slo vi fast at fraværsgеbyr er politisk bestemt, og at en rekke grunner taler for fraværsgеbyr, eksempelvis ønsket om å redusere fravær. Samtidig var KEK opptatt av at samfunnets behandling av pasienter med allmennfarlige smittsomme sykdommer, er nokså spesiell. Eksempelvis dekkes alle utgifter til behandling. Det er svært viktig å få disse pasientene til å møte opp til behandling, ikke bare for sin egen del men også for andres del. Dette i kombinasjon med at deler av pasientgruppen er ressurs svak, kan ifølge KEK forsvare at man gjennomgår ordningen med fraværsgеbyr med tanke på å utvise et godt etisk skjønn i hvem som slipper å motta fraværsgеbyr ved manglende oppmøte til oppsatt time.

Pasient uten samtykkekompetanse som ikke vil la seg operere til tross for voksende tumor

«Skal man akseptere at en pasient uten samtykkekompetanse får motsette seg operasjon, selv om operasjonen trolig kan være livsforlengende og kanskje kan gi et bedre funksjonsnivå på lengre sikt?»

Saken ble brakt inn til KEK av kirurg og fastlege. Vi diskuterte sammen både etiske og rettslige sider av saken. Pasienten hadde både akseptert og gjennomgått en operasjon tidligere samtidig som hen hadde motsatt seg en reoperasjon. Pasienten hadde et «alternativt» syn på helbredelse og det var en indre logikk, og en fasthet i nektelsen. Pasienten levde et liv med bra livskvalitet. Å behandle pasienten mot sin vilje, ville kreve nokså omfattende tiltak med høy og vedvarende bruk av tvang over et langt tidsrom. KEK stilte seg tvilende til om det var forholdsmessighet ved behandling mot pasientens vilje i denne saken. Uten forholdsmessighet ville behandling mot pasientens vilje være ulovlig. I KEKs dialog med de involverte klinikerne, ble det tydeliggjort at behandling mot pasientens vilje, ikke var en farbar vei å gå.

Behandle en pasient mot sin vilje når behandlingen sannsynligvis er livsnødvendig?

«Pasient motsetter seg potensielt livsnødvendig somatisk behandling. Bør han behandles mot sin vilje når det er tvil om samtykkekompetansen?»

Behandler tok kontakt med KEK. En eldre pasient med rigide oppfatninger og mulige vrangforestillinger gjorde vurderingene av samtykkekompetanse krevende. KEK og behandler gjennomgikk både etiske og juridiske sider av saken. Vi kom til felles enighet om at i en sak som dette kan det være riktig å holde pasienten noe tilbake i sykehuset for å overvåke pasientens medisinske tilstand og få økt innsikt i pasientens virkelighetsforståelse.

Avslutning av livsoppretholdende behandling for ung pasient

«Er en beslutning om å avslutte livsoppretholdende behandling til ung pasient, etisk forsvarlig?»

KEK ble hasteinnkalt i en sak hvor dette spørsmålet var tema. KEK gikk gjennom saken med behandlingsansvarlig lege og sykepleier. Alle etiske sider av saken ble belyst. KEK opplevde at behandlerne hadde gjort alt som var mulig å gjøre. Fokuset hadde hele tiden vært å forlenge liv med god livskvalitet. Når det ikke lenger ble mulig, har man fokusert på å minimere lidelse, unngå skade og få til en verdig og god avslutning innenfor de etiske rammene som helsetjenesten må jobbe innenfor. Det har man lyktes med: Behandlerne syntes å ha familiens og foreldrenes fulle tillit, og man hadde stått sammen i beslutningene helt frem til siste slutt. Tillit er helsetjenestens fremste verdi, og å opptre tillitsverdig bør være helsepersonells fremste mål og forpliktelse. KEK var av den oppfatning at behandlingen her hadde holdt svært høy etisk standard.

Seminarer/fagdager/undervisning

Flere av KEKs medlemmer har deltatt på undervisning og refleksjonsgrupper for ulike stadier av Leger i spesialisering (LIS). Vi har lagt frem saker på morgenmøter på ulike avdelinger og vi har bidratt generelt til undervisning i medisin og helsefagene på MH-fakultetet ved NTNU.

Satsningsområder 2022

Vi ønsker å videreføre satsingen på å bli mer synlig blant helsepersonell på St. Olav. Vi vil aktivt bruke Kilden til å presentere etikk-stoff. Vi vil også forsøke å anonymisere og omskrive viktige etiske vurderinger av pasientbehandlingssaker i en prinsipiell form, slik at de kan bli tilgjengelig for flere.

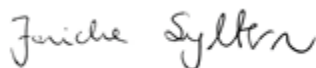
Seminar: KEK ønsker å arrangere et etikk-seminar høsten 2022 slik vi gjorde i årene før pandemien. Aktuelle temaer for et fagseminar som har kommet opp er:

- Tvang i praksis
- Smertebehandling og rus – hvordan ta pasienten på alvor?
- Palliasjon – hvordan oppnå at ordet blir positivt ladet?
- Samvalg – hva er det egentlig og praktiserer vi det?

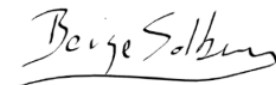
Regnskap 2021 og budsjett 2022

Driftsutgifter i 2021 var på 38.000 kr. De lave driftskostnadene skyldes at utgifter til kurs, reiser og møtekostnader var minimale grunnet korona-tiltak. Driftsutgifter 2022 er budsjettert til kr. 70.000. Lønn til sekretær utgjorde i 2021 261.000 kr, inkludert sosiale kostnader, og i budsjettet for 2022 utgjør det 274.000 kr.

Trondheim februar 2022



Janicke Syltern, leder



Berge Solberg, sekretær