

**Årsrapport for 2023  
fra Klinisk etikkomité  
St. Olavs Hospital HF**

## 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 tilføre godt etisk skjønn til saker som bringes inn for komiteen
- KEK skal øke den etiske kompetansen rundt pasientbehandling
- 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 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 stimulere til økt etisk refleksjon på avdelingene
- 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](mailto:berge.solberg@ntnu.no)) eller leder ([Janicke.Marita.Syltern@stolav.no](mailto:Janicke.Marita.Syltern@stolav.no)), gjerne via skjemaet som ligger på KEK sine sider på Kilden. 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», utvikler 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 2023 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
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 Taraldset Sørensen	Hovedprest, Preste- og samtaletjenesten
Ingvild Knudsen Hammernes	Prest, Preste- og samtaletjenesten

I løpet av 2023 gikk Ståle Vansvik, Sykehusprest i Preste- og samtaletjenesten, av med pensjon. Han ble etterfulgt av Ingvild Knudsen Hammernes som også er sykehusprest. Vi takker Vansvik for lang og tro tjeneste i KEK.

## Saker i 2023

KEK avholdt 10 ordinære møter i 2022 og ett ekstraordinært møte. Vi hadde 8 nye pasientsaker som vi uttalte oss om, samt noen andre type saker. KEK presenterer her pasientsakene vi behandlet i 2023 i anonymisert form.

### *Pasient med alvorlig anoreksi*

#### *«Fokus på livskvalitet eller overlevelse for ung anoreksi-pasient?»*

Saken gjaldt en ung voksen pasient som har hatt alvorlig spiseforstyrrelser over mange år. Tilstanden var blitt verre og mye tvang har blitt brukt i behandlingen. Pasienten ønsket mindre bruk av tvang, og mener tilfriskning er avhengig av mer frivillighet og tillit. Pasienten møtte KEK sammen med behandlerne og en av foreldrene. Redusert bruk av tvang, øker imidlertid risikoen for lavere BMI og dermed faren for at pasienten dør. Pasientens BMI var på et ekstremt lavt nivå. Pasienten fremsto som klar og reflektert. Samtidig ga behandlerne en rekke eksempler på hvordan «sykdommen snakket» i møte med inntak av kalorier, og dermed hvordan sykdommens rasjonalitet hele tiden overstyrte pasientens rasjonalitet. KEK kom til at summen av en rekke hensyn talte for at noe høyere risiko for alvorlige hendelser og i verste fall død, trolig kunne aksepteres i denne situasjonen. Disse hensynene var langvarig bruk av tvang uten gode resultater, den reelle muligheten for at frivillighet kunne gi bedre behandlingseffekt på sikt, samt pasientens og familiens sterke ønske om frivillighet selv om de visste at det forelå økt dødsrisiko.

### *Hensynet til barnets beste under og etter fødsel*

#### *«Hvor går grensen mellom foreldreansvar/selvbestemmelse på den ene siden og hensynet til barnets beste på den andre i behandling under og etter fødsel?»*

Helsepersonell fra fødeavdelingen ønsket et møte med KEK på basis av to hendelser hvor de ansatte opplevde at de ble hindret i pasientbehandling som de anså var til barnets beste. Hendelse 1 omhandlet et nyfødt barn på barsel hvor baselpersonell rutinemessig ville inn på rommet for å sjekke at alt sto bra til. Gjentatte ganger ble helsepersonellet avvist med begrunnelse om at de nybakte foreldrene var slitne og ville ha ro. Hendelsen fikk et dårlig utfall og opplevdes traumatisk for alle involverte, selv om man ikke kunne påvise en årsakssammenheng mellom behandlingsvegringen og utfallet. I hendelse 2 hadde en kvinne som ønsket hjemmefødsel kommet inn pga tidlig vannavgang. Helsepersonell opplevde, gjennom en rekke enkelthendelser, betydelig motstand mot gjennomføring av ønskede prosedyrer både under og etter fødsel. En doula («en erfaren fødselsledsager som gir emosjonell, praktisk, fysisk og informativ støtte til en kvinne og hennes partner gjennom graviditet, fødsel og barseltid», Store Norske Leksikon), fulgte paret under fødsel og forsvarte sterkt kvinnen og parets rett til selv å bestemme hvilke prosedyrer som (ikke) skulle iverksettes. Foreldrene skrev seg ut fra sykehuset etter kort tid mot barnelegens råd, og barnevernet ble koplet inn for å sikre barnets behov for nødvendige kontroller.

KEK drøftet saken sammen med barneleger og jordmødre. Vi gjennomgikk det juridiske rammeverket som skal sikre nyfødte barn nødvendig helsehjelp og som gir rom for å kontakte barnevernet når

foreldre nekter nødvendig helsehjelp. Samtidig var det enighet om at slike saker – som kan synes å komme hyppigere – berører temaer i tiden: Det handler om at svangerskap og fødeomsorg er under kritisk blikk internasjonalt for om kvinners medbestemmelse er godt nok sikret, det handler om myndiggjøring av gravide, om populære ideer om spiritualitet og naturlighet før, under og etter fødsel og det handler også om nye yrkesgrupper som tilbyr tjenester inn mot svangerskap og fødselsomsorg som *doulaene*. Uansett trender i tiden og utfordringer med samvalg før, under og etter fødsel, så er det avgjørende for helsepersonell å etablere tillitsrelasjoner. I denne saken oppfordret KEK til dialog med den norske doulaforeningen generelt og de trønderske doulaene spesielt om rolleforståelsen under fødsel og i barsel. Doulaforeningen kan ha mange gode tanker om svangerskaps-, fødselsomsorg og myndige gravide. Samtidig har helsepersonell lang erfaring med å ta hensyn til og verdsette gravides ønsker for svangerskap og fødsel. I tillegg har helsepersonell på sykehus grunnleggende kunnskap og erfaring om det som kan gå galt under svangerskap og fødsel. Det gjør dem spesielt egnet til å ivareta hensynet til barnets beste. Det er viktig at det ikke utvikles mistillit til at helsepersonell i fødeomsorgen i Norge vil det beste for vordende mødre og deres barn.

### ***Etisk vurdering før nyretansplantasjon***

#### ***«Bør et barn med alvorlig utviklingshemming kunne få nyretransplantasjon?»***

KEK fikk en henvendelse fra medisinsk klinikk så vel som barne- og ungdomsklinikken, angående etisk vurdering av nyretransplantasjon til et barn med utviklingshemming. Barnet hadde en genmutasjon som i tillegg til utviklingshemming, hadde medført langvarig kreftbehandling og fjerning av begge nyrer.

I denne saken ønsket far å donere en nyre til sin datter. Ettersom utviklingshemming offisielt ikke er en kontraindikasjon for organtransplantasjon og det var gode utsikter til at hele familien oppnådde betydelig bedre livskvalitet, oppfordret KEK behandlerne og foreldrene om å ta kontakt igjen med Rikshospitalet for å få avklart om opplevde forbehold i saken berodde på en misforståelse eller var begrunnet i andre medisinske forhold.

### ***Forslag til videre plan for behandling av selvskadende pasient***

#### ***«Vil et mindre omfattende behandlingstilbud til selvskadende pasient i akuttmottaket være etisk forsvarlig?»***

En pasient hadde en lang sykehistorie med selvskading med skarpe gjenstander. Pasienten hadde hatt 125 innleggelser på St. Olav mellom 2016 og 2023. Behandlerne fra akutt og mottak både på somatisk og psykiatrisk side tok kontakt med KEK for et møte. Målet var å diskutere den etiske forsvarligheten i et mindre omfattende akutttilbud. Behandlerne argumenterte for at nåværende behandling i akuttmottak opprettholdt symptomtrykket hos pasienten, og at gjentatte narkoser hadde gitt opioidavhengighet og øker sannsynligheten for ischemisk hjerneskade. KEK mente behandlernes forslag til endret mottak for denne pasienten var godt etisk begrunnet. For det første kunne det reduserte omfanget av behandlingen hevdes å være til pasientens beste. For det andre representerte det en etisk forsvarlig prioritering av ressurser i akuttmottaket. For det tredje var behandlingsforslaget godt forankret både i psykiatrien og somatikken.

## ***Behandlingsvalg for kreftoperert pasient uten samtykkekompetanse***

***«Bør man gi (potensielt) kurativ strålebehandling til kreftpasient når behandlingen innebærer omfattende bruk av tvang og det hersker uklarhet om det er til pasientens beste?»***

KEK fikk en henvendelse fra Klinikk for ØHN samt Kreftklinikken angående en eldre pasient uten samtykkekompetanse som motsatte seg potensiell kurativ strålebehandling. Pasienten som var uten språk og hadde bodd i omsorgsbolig helse sitt liv, var blitt operert for kreftsår i munn/kjeve i full narkose. I en ordinær behandlingssituasjon ville man ha fulgt opp med 33 strålebehandlinger. Siden pasienten ikke samarbeidet om behandling, ville det kunne innebære 33 behandlinger under sedasjon eller narkose.

KEK og behandlerne gikk gjennom de juridiske og etiske sidene av en eventuell behandling under tvang. Det ble trukket frem at pasienten reagerte svært negativt på behandlingssituasjonen og intervensjoner som dette i form av uro, engstelse og utagering.

Behandling mot pasientens vilje, har et betydelig skadepotensial. Samtidig tilsier likebehandling og rettferdighetshensyn at man ikke forskjellsbehandler pasienter med alvorlige funksjonsnedsettelse.

KEK var opptatt av at like tilfeller skal behandles likt, men samtidig at ulike tilfeller skal behandles ulikt. Forskjellen mellom denne kreftpasienten og andre kreftpasienter må tas i betraktning, etter KEKs vurdering. Om man primært ser et betydelig skadepotensial av behandlingen og ikke utsikter til opplevd nytte, så er det gode grunner for å begrense behandling. KEK henstilte til behandlerne å tenke gjennom om ikke et palliativt, fremfor et livsforlengende perspektiv, bør prege behandlingsvalgene fremover.

## ***Smertelindring til barn i livets slutfase hvor foreldre av kulturelle/religiøse grunner motsetter seg helsehjelpen***

***«Hvordan tilnærme seg foreldre som av kulturelle/religiøse grunner ikke synes å ivareta hensynet til barnets beste i behandlingen»***

Nevrologi- og barnepalliativt team og helsetemaet for barn og unge i kommunen, tok kontakt med KEK for å diskutere sak hvor helsepersonell opplevde at et alvorlig sykt barn til dels led og plagdes under foreldrenes omsorg. Foreldrene var av utenlandsk opprinnelse, og det var en utbredt oppfatning blant helsepersonellet at ulike kulturelle/religiøse syn på hva som representerer god omsorg var i spill. Helsepersonell som var i hjemmet, opplevde at de ikke fikk utøve tilstrekkelig helsehjelp pga. ulik oppfatning av barnets helsetilstand. Det omhandlet smertelindring, samt stell for å forhindre mer plager. Det var ingen tvil om at foresatte hadde mye kjærlighet for sitt barn og ønsket barnets beste. Men helsepersonell og foresatte hadde ulik oppfatning av hva som var til barnets beste.

KEK beskrev det juridiske grunnlaget som skal sikre behandling til barnets beste. Foreldreansvaret gir riktignok rett for foreldre til å ta avgjørelser på vegne av barnet, men det skal samtidig utøves ut fra barnets sine interesser og behov. KEK gikk inn i mulige kulturelle og religiøse dimensjoner. Det er et faktum at i en rekke muslimske land har det vært kulturell og religiøs motstand mot palliativ medisin, det har vært snakket om en opioid-fobi i enkelte land, og det har vært registrert uvilje mot at helsepersonell beslutter behandlingsbegrensning. KEK tok kontakt med Dilek Guven Akdeve, muslimsk kulturkonsulent i preste- og samtaletjenesten på St. Olav, for å kvalitetssikre våre perspektiver. Akdeve hadde ingen opplevelse av at Islam eller muslimer i Norge har problemer med

morfin som smertelindring, og minnet også om at helse går foran det meste i Islam. Men Akdeve bekreftet at familiens landbakgrunn tilsier svært liten kulturell tradisjon for palliativ medisin.

KEK anbefalte at involvert helsepersonell får en felles forståelse av hva man anser som helt nødvendig helsehjelp som må og skal utføres i denne saken. Ingen foreldre har rett til å nekte nødvendig helsehjelp til sine barn. Videre oppfordret KEK til å utvikle den kulturelle dialogen. Som flere tenkere har påpekt så burde egentlig islam og palliasjon kunne passe som hånd i hanske med begge vektlegging av omsorg og åndelighet. Deler av foreldrenes omsorgsutøvelse ble anerkjent som veldig god, noe som innebar at det var noe å bygge på her. Om kulturkonsulent Akdeve kunne bringes inn igjen i saken, så delte hun både kulturell og religiøs bakgrunn med denne familien. Det kunne hjelpe helseteamet til å lykkes med en tydelig tilnærming overfor familien som familien vil respektere.

### ***Mediesak om forbygging av embryo***

I 2018 ble KEK involvert i en sak om forbygging av embryo. Forbyggingen hadde skjedd på det gamle Regionsykehuset på slutten av 1990-tallet. Da forbyggingen ble oppdaget var barnet i saken nesten voksen. KEK var involvert i behandlingen av saken og de berørte parter i 2018, 2020 og 2021. Saken var ikke kjent offentlig før i 2023 da det ble en stor mediesak, og har derfor heller ikke vært nevnt i tidligere årsrapporter fra KEK.

Det kom krav om innsyn i saken fra Aftenposten, og KEK leverte etter hvert ut anonymiserte referat som orienterte om jussen og etikken vi hadde lagt til grunn. Det kom enkelte kritiske reaksjoner i media på St. Olav og KEK sine vurderinger fra deler av etikkmiljøet på Senter for medisinsk etikk. Dette ble drøftet videre internt på høstmøtet i Kliniske etikkomiteer i Oslo i november 2023.

Statens Helsetilsyn leverte i desember 2023 en kritisk rapport om saken, blant annet med kritikk om at de ulike berørte partene i saken (genetisk opphav og sosiale foreldre) ikke var behandlet likeverdig som pasienter. KEK er interessert i å lære av denne saken, og vil møte tilsynet i mars 2024. Samtidig mener vi fremdeles at vår håndtering står seg godt, og i praksis nært opp til den håndtering som ville ha vært utfallet av helsetilsynets juridiske vurdering dersom den hadde vært satt ut i live.

### **Seminarer/fagdager/undervisning/annet**

I april 2023 arrangerte et KEK, i samarbeid med Preste- og samtaletjenesten, et stort etikk-seminar for hele St. Olav. Temaet var hvordan helsepersonell på sykehus tenker om døden og dødens plass i pasientbehandlingen. Hovedinnleder var Bettina Husebø, spesialist i anesthesiologi, sykehjemsmedisin og palliativ medisin og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Husebø hadde nylig deltatt i The Lancet Commission on the value of death, og rapporten dannet en bakgrunn for seminaret. Videre innledet Asbjørn Fretheim, Sykehushumanist i Preste og samtaletjenesten, Guri Greiff, overlege ved Avdeling for thoraxanestesi og intensivmedisin, Gitta Rohweder, Overlege indremedisin, Avd for hjerneslag, Håkon Bolkan, overlege Kirurgisk klinikk, Trine Iversen, Sykepleier, Ass. seksjonsleder, Seksjon sengetun gastroenterologisk kirurgi akutt og Gry Krogstad, Spesialsykepleier onkologi, ØreNeseHals og kjeve poliklinikk. Av KEKs egne medlemmer hadde Janicke Syltern, Øyvind Taraldset Sørensen og Berge Solberg innlegg.

Flere av KEKs medlemmer har deltatt i, og ledet, refleksjonsgrupper for Leger i spesialisering (LIS) - såkalt *Veiledning på tvers av medisinske spesialiteter*. Vi har også lagt frem saker på morgenmøter på ulike avdelinger og vi har informert om KEK på en rekke fagdager og i internundervisning rundt om

på avdelingene. Noen av medlemmene bidrar også generelt til undervisning i medisin og helsefagene på MH-fakultetet ved NTNU.

KEK engasjerte seg i striden om Helseplattformen i 2023. En drøfting i komiteen endte med en [kronikk i Adresseavisen](#). Det var uenighet i komiteen om det var riktig av KEK å engasjere seg i en slik sak. Samtidig ble det enighet om at de som ønsket, kunne skrive under kronikken. Ni av tolv medlemmer skrev under.

## Planer 2024

Vi planlegger også i 2024 et etikkseminar åpent for alle ansatte på St. Olav. Temaet i år vil være prioriteringens etikk. Vi arbeider for øyeblikket med planleggingen av seminaret.

## Regnskap 2023 og budsjett 2024

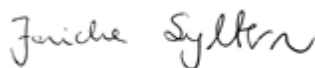
Regnskap 23;

- Driftsutgifter 2023, kr. 61.000,-
- Lønn til leder og sekretær 2023, kr. 382.000,- inkludert sosiale kostnader
- Totale driftskostnader, kr. 443.000,-.

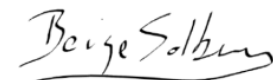
Budsjett 24:

- Driftsutgifter 2024, kr. 79.000,-
- Lønn til leder og sekretær i 2024, kr. 446.000,- inkludert sosiale kostnader
- Totale driftskostnader, kr. 525.000,-.

Trondheim, 15. februar 2024



Janicke Syltern, leder



Berge Solberg, sekretær