



**Årsrapport 2018**  
**for Klinisk etikkomité**  
**St. Olavs Hospital HF**

## Innhold

Bakgrunn, mandat og oppnevning .....	2
Målsetninger, møter og arbeidsform .....	3
Aktiviteter i 2018 .....	4
Pasientsaker .....	4
Seminarer/fagdager/undervisning .....	6
Vurdering av året som har gått .....	7
Satsningsområder 2019 .....	7

## Bakgrunn, mandat og oppnevning

Helse- og omsorgsdepartementet har fastslått at det skal finnes ledelsesforankrede kliniske etikk-komiteer (KEK) ved alle landets helseforetak, og det skal settes av ressurser til disse. Komiteene skal bidra til å høyne kompetansen i medisinsk etikk relatert til pasientbehandling, jf. St.prp. nr 1 (2003-2004). St. Olavs Hospital har hatt Klinisk etikkomite siden 1998. 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 forsterket med en brukerrepresentant, og etikken med fagetisk ekspertise.

Ved utgangen av 2018 så sammensetningen i 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
Grethe Dolmseth	Intensivsykepleier, Lunge overvåkning
Lise Conelly	Brukerrepresentant
Unni Korshavn	Sykepleier, avdelingssjef, Rus- og avhengighetsmedisin
Johan-Arnt Hegvik	Overlege, Hovedintensiv
Dagfinn Eldor Green	Overlege, Psykisk helsevern, Østmarka, seksjon Øya

## Målsetninger, møter og arbeidsform

### Målsetninger for KEKs arbeid:

- 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
- 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

### Metoden

Som oftest benyttes «sekstrinnsmodellen», som anbefalt av Senter for medisinsk etikk ved UiO. 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 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.

### Måten

Måten et KEK-møte foregår på, er gjerne at en eller flere klinikere legger frem en sak som oppleves utfordrende. Det er økende positive erfaringer i KEK-systemet med at pårørende (av og til også pasienter) møter i KEK sammen med behandlingspersonell. KEKs første bidrag består av drøftingsprosessen som skjer der og da når behandlere (evt pårørende eller pasient) møter KEK til refleksjon etter sekstrinnsmodellen. KEKs andre bidrag er en skriftlig 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.

## **Møter**

KEK har fast møte den andre torsdag i hver måned. Saker kan meldes skriftlig og/eller ved at innmelder presenterer problemstillingen muntlig for 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. Helt anonymiserte pasientsaker kan presenteres i årsrapporten og på hjemmesidene for landets Kliniske Etikkomiteer ved UiO.

## **Aktiviteter i 2018**

KEK har hatt 10 ordinære møter i 2018. Vi har avholdt et par hastemøter knyttet til akutte enkeltsaker hvor kun deler av KEK har møtt. Her følger en kort, anonymisert oversikt over noen av de typiske KEK-sakene – saker om vanskelige behandlingsvalg. Saker av svært sensitiv karakter som ikke lar seg anonymisere tilstrekkelig, er ikke tatt med.

## **Pasientsaker**

### **Nyfødt barn med anencefali**

Barn født ved keisersnitt rundt termin pga alvorlig hjernemisdannelse påvist få dager før forløsning. Føtal MR viste en liten brem hjernevev lokalisert frontalt, resten av skallen var fylt av spinalvæske. Etter fødsel pustet barnet stabilt, samt spiste selv av flaske. Palliativ tilnærming ble valgt fra start. Foreldrene var tydelig på at de ikke ønsket livsforlengende tiltak, verken i form av pustestøtte eller sondemat. Barnet hadde stort hode, og det var mistanke om høyt intrakranielt trykk. Smertelindring i form av paracet og morfin, ble gitt ved behov. Andre barn med denne diagnosen har fått utført nevrokirurgiske inngrep i form av intern VP-shunt eller koagulasjon av plexus choroideus. Det var ønskelig å drøfte om det er greit å avstå fra nevrokirurgisk inngrep for å lindre høyt ICP, og heller gi nok morfin, noe som vil kunne føre til lite matinntak. KEK understreker at dersom symptomlindrende morfinbehandling eventuelt forkorter barnets liv noe, så er dette forsvarlig ut fra hovedintensjonen om å lindre ubehag og smerteinntrykk. Barnet dør etter kort tid. Foreldrene ga i etterkant uttrykk for at møtet med komiteen hadde vært positivt og bidratt til å lette en tung prosess.

### **Respiratorbehandling/hjemmerespiratorbehandling til mann med hjernestammeinfarkt**

Bør pasient med locked-in syndrom og hjernestammeinfarkt få livslang respiratorbehandling/

hjemmerespiratorbehandling? Pasienten ble trakeotomert og respiratorbehandlet på sykehus. Det ble besluttet at pasienten ikke var kandidat for fortsatt respiratorbehandling på bakgrunn av antatt dårlig prognose og locked-in syndrom. Pasienten har siden frakobling fra respirator pustet selv gjennom sin trakeostomi, med mye slimproblemer og behov for suging. Locked-in teamet på Sunnaas har vært i kontakt med pasienten, og de foreslår respiratorbehandling i hjemmet. De er uenige i at pasienten har dårlig prognose, og mener at pasienten bør få optimalisert sin ventilasjon. Pasienten har status HLR-, men får livsforlengende behandling i form av ernæring, antibiotika ved infeksjoner. KEK mener det foreligger gode grunner for at St. Olavs behandlingsnivå og -strategi videreføres.

### **Prematurt barn med hjerneskade: videre livsforlengende behandling**

Er det riktig å trakeotomere et barn som er avhengig av respirator og som har påvist alvorlig hjerneskade? Ekstremt prematurt barn, klinisk stabil første 12 levedager, inkludert normale funn ved ultralyd av hjernen. Uforklarlig syk ved 12 dagers alder, etter dette vært avhengig av respirator. Cerebral ultralyd i etterkant har vist utvikling av hulrom i hjernen og tap av hjernesubstans som forventes å medføre store konsekvenser for barnet uten at man kan si med sikkerhet hva det vil bety. Det er gjort flere forsøk på å ta barnet av respirator, men da har da det raskt tilkommet pusteproblemer pga trange forhold i luftrøret, og barnet har på nytt blitt lagt tilbake på respirator. Foreldrene gir uttrykk for at de vil at alt skal gjøres for barnet, men at de aksepterer Allahs vilje. Det synes tydelig at de ikke ønsker å delta i en diskusjon rundt behandlingsoalternativer med teamet. KEK støtter behandlingsteamets beslutning om å trakeotomere barnet da pusteproblemene ikke er uttrykk for hjerneskade, og barnet har god livskvalitet nå. Flere av medlemmene vil berømme teamet for å ha gått så grundig til verks. Det er særdeles viktig at man framover har et like bevisst forhold til behandlingstiltak, når man ser hvilke konsekvenser de underliggende skadene får. Barnet har en irreversibel hjerneskade som kan være livsforkortende, og omfattes dermed av retningslinjene for barnepalliasjon, hvor fokus på livskvalitet står i høysetet.

### **Oppbevaring av menneskelegemer vs dyrelegemer**

Døde mennesker og dyr oppbevares vanligvis i adskilte frysescap på IKOM, NTNU. Unntak fra denne regelen kan skje, og skjedde for en tid tilbake da man midlertidig gikk bort fra hovedregelen. Hendelsen ble drøftet i Klinisk Etikkomite, som også var på befaring på de aktuelle områdene. Verdighet var et sentralt stikkord i drøftingen. KEK konkluderte med at rutinene og refleksjonen rundt en verdig behandling av døde mennesker virker god. Den aktuelle unntakshendelsen tåler dagens lys, og er trolig ikke grunn god nok for ytterlige skjerming, atskillelse og nye rutiner. KEK oppfordrer til god dialog mellom St. Olav og NTNU på dette temaet.

## Prosedyre for mottak av gaver fra pasienter

KEK så på EQS-prosedyre 8934 om mottak av gaver fra pasienter. HR-sjef Mette Bjørgen orienterte. KEK anbefaler at det henvises til Fondsstiftelsen for dem som ønsker å gi en gave, og at man bruker formuleringen fra Helsepersonelloven om unntak for gaver av ubetydelig verdi. Ved evt mottak av slike gaver informeres leder.

## Seminarer/fagdager/undervisning

KEK arrangerte fagseminaret Når nok er nok, 30. januar 2018. Temaet var altså overbehandling, HLR- og livskvalitet i møte med døden. Seminaret hadde svært godt oppmøte, og ble dekket både på Kilden og i Adresseavisa.

KEK-medlemmer har vært involvert i KEK-relatert undervisning for LIS1, trainee-sykepleiere og medisinstudentene, KEK var tungt involvert på temadagene på Infeksjonsposten, har avholdt en Fredagsforelesning på St. Olav, samt en forelesning om KEK-sak for hele staben på Rikshospitalet (stabsmøtet).

Internundervisning innad i KEK, skjedde i regi av Dagfinn Green som innledet om endringer i Psykisk helsevernloven, Johan-Arnt Hegvik og Berge Solberg som innledet om striden rundt organdonasjon etter sirkulatorisk død (cDCD) og Janicke Syltern om etisk strid innenfor nyfødttmedisin. 4 av medlemmene, inkludert leder og sekretær deltok på det nasjonale Høstmøtet for landets KEKer.

## Høringssaker

KEK bidro til høringuttalelse til NOU 2017, «På liv og død» som omhandler pasientpalliasjon i alle aldre. KEK hadde særlig fokus på kapittel 4 Verdier, og kapittel 13 Balansen mellom helsepersonells inngrepsplikt og pasientens selvbestemmelsesrett.

## Medlemmer inn og ut

Torbjørn Dahl takket for seg som leder, og ga ledervervet videre til Janicke Syltern. Dahl har vært leder siden 2014, men fortsetter i KEK som vanlig medlem. Hovedprest Øyvind Taraldset Sørensen gikk ut av komiteen mot slutten av 2018. Sørensen har sittet i komiteen siden den ble opprettet. Komiteen takket for innsatsen gjennom en markering for Sørensen. Inn for Sørensen kom Ståle Arne Vansvik – også fra Prestetjenesten. Dagfinn Green kom også inn som nytt medlem i 2018, og erstattet Jorun Grong som lenge hadde hatt permisjon.

## Vurdering av året som har gått

KEK avholdt et vellykket etikkseminar for hele St. Olav i 2018, og besluttet at dette skal være en årlig foreteelse. Saksmengden gikk noe ned i 2018 sammenliknet med tidligere år. Sannsynligvis skyldes det tilfeldigheter. Nye medlemmer med friske, etiske blikk, har kommet inn i komiteen, og vil være med på å prege sakene fremover.

## Satsningsområder 2019

- Øke kunnskap om KEK blant ansatte og ledelse for å kunne oppnå våre målsetninger
- Bidra til kvalitetssikring av etikkundervisning for LIS 2/3 (primært veilederstøtte)
- Seminar: Samtykkekompetanse og tvang i psykiatri og somatikk

## Budsjett 2018

Det ble brukt 29 000 kr til drift i 2018 i tillegg til 20% lønn til sekretær. I 2019 er det budsjettert med 26 000 kr til drift, dvs møtekostnader inkl. brukermedvirkning, kurs og reiser. I tillegg er det budsjettert med lønn og sosiale utgifter til 20 % sekretær.

Trondheim februar 2019

Janicke Syltern, leder

Berge Solberg, sekretær