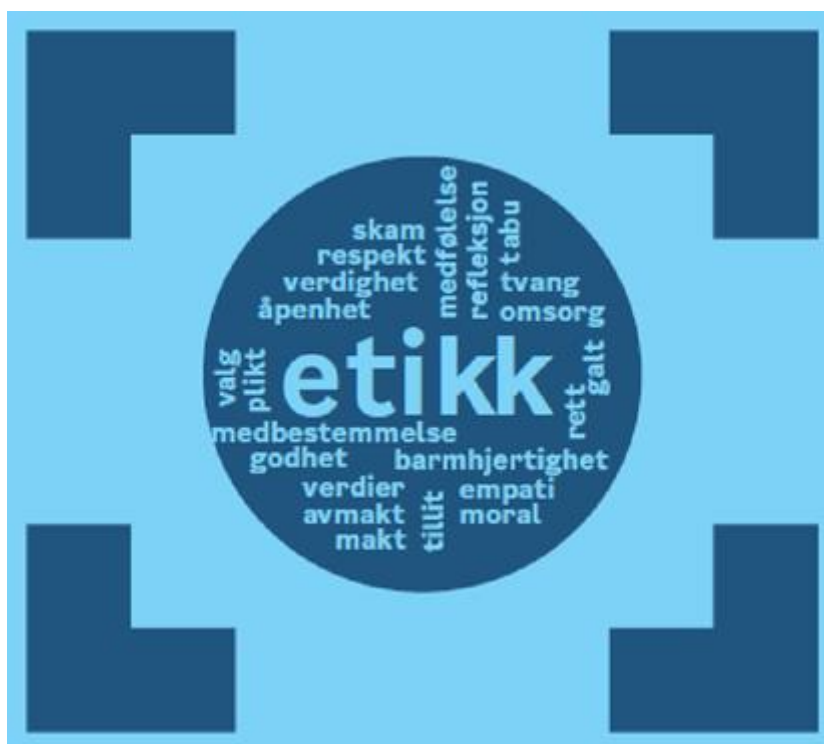




Årsrapport 2021



Klinisk etikk - komité i Oslo Kommune
Sykehjemsetaten

Innledning:

Klinisk etikk-komite (KEKK) har hatt et aktivt år i 2021. Den første delen av året var preget av koronapandemien, som førte til at møter og drøftinger ble utført digitalt. Etter hvert som samfunnet åpnet opp igjen ble møter og drøftinger igjen «in persona». Komiteen har, tross reguleringer og nødvendige praktiske begrensninger, arbeidet jevnt gjennom hele året. Etikkbrev har blitt sendt ut hver måned, og saker har blitt drøftet via e-post, digitale møter på Teams, og ute på institusjonene.

KEKK har fått henvendelser fra 10 langtidshjem, 1 bydel og fra medlemmene i KEKK. Henvendelsene har kommet fra både ansatte og pårørende med problemstillinger i forbindelse med blant annet koronapandemien. På bakgrunn av flere, og til dels like, henvendelser har KEKK utarbeidet et refleksjonsnotat om ivaretagelse av smittevern versus faglig og omsorgsfull ivaretagelse av andre behov og verdier som er sentrale for beboere i langtidshjem/helsehus, samt problemstillinger knyttet til prioriteringer. Komiteen har også drøftet oppmykning av besøksforbud/besøksrestriksjoner etter forespørsel fra beredskapsgruppen i Sykehjemsetaten (SYE).

Komiteen hadde behov for flere medlemmer, og fikk våren 2021 fem nye deltakere. Nye medlemmer mottar en Velkomstmappe med informasjon komiteens etiske arbeid. I tillegg deltar nye medlemmer (og de «gamle» som trenger oppfriskning) på et to-dagers innføringskurs i etikk, arrangert av Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME).

I 2021 brukte KEKK mye tid, sammen med filmproduksjonsselskapet OneDrive, på planlegging, filming og redigering av flere korte «filmsnutter» som visualiserer etiske problemstillinger. Målet er at disse filmene retter søkelys mot etisk arbeid, bidrar til diskusjoner rundt etiske problemstillinger, øker engasjementet for etisk refleksjon, benyttes i undervisning om etisk refleksjon, og bidrar til at flere blir kjent med KEKK og komiteens arbeid. Vi håper også filmene bidrar til å få meldt flere saker til KEKK, og til å rekruttere medlemmer. KEKK sitt mandat og organisering er uendret i 2021.

Årsrapporten beskriver perioden januar 2021 til desember 2021.

Medlemmer pr. 31.12.2021:

Komiteen er tverrfaglig sammensatt, og består av ulike yrkesgrupper der de fleste arbeider i sykehjemmene. Tverrfaglighet er en forutsetning for at komiteen skal kunne vise helhetlig forståelse og innsikt i møte med de som henvender seg til oss, og sikre en bred forståelse av det etiske dilemmaet. Pr 31.12.21 har komiteen 14 medlemmer: hjelpepleiere, fagkonsulent, leger, prester, sykepleiere (hvorav tre er ledere eller mellomledere, en jobber hos Pasient og Brukerombudet, og en er professor i sykepleieetikkk). Ulike stillingsnivåer er representert for å kunne belyse saker fra flere synsvinkler. Komiteen har også en representant for Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo som vi samarbeider med. Med stor pågang av saker er det viktig at komiteen er robust i forhold til antall medlemmer. Det viktig å ha flere å kunne kontakte for å kunne rykke ut raskt til saker på virksomhetene. KEKK har helt siden starten hatt med prest(er) i komiteen. Dette gir en viktig tilnærming til etikk-arbeidet, da disse kommer tett på mennesker under utfordringer i livet og ved livets slutt. De har en særlig kompetanse på å se beboere/pasienter og pårørendes situasjon fra et livsynsperspektiv, og dilemmaer som kan oppstå ut fra dette. Prestenes kunnskap om andre trossamfunn, og deres samarbeid med andre religiøse ledere, hjelper oss til å kunne favne den allsidigheten som preger Oslo kommune og dens innbyggere.

| | | |
|-----------------------|-------------------------|--|
| Leder fra januar 2021 | Ina Rimberg | Sykehjemslege, Kantarellen Bo og rehabiliteringssenter |
| Sekretær | Mona Dreyer | Spesialkonsulent, Sykehjemsetaten, avd. kvalitet og utvikling |
| | Olga Tvedt | Prest og rådgiver Kirkens Bymisjon |
| | Anne Kari Tolo Heggstad | Forsker/Post-doc, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Professor i sykepleieetikkk, VID |
| | Ellen Kolb-Schiager | Prest Lindeberghjemmet og Ellingsrudhjemmet |
| | Vanaja Ravindran | Sykehjemslege Solfjellshøgda Helsehus |
| | Ingrid Narum | Sykepleier, Pasient og Brukerombudet i Oslo og Viken, Sosial og eldreombudet i Oslo |
| | Ingelin Bjerknes | Hjelpepleier Uranienborghjemmet, skjermet enhet |
| | Camilla M. Andersen | Virksomhetsleder Sofienberghjemmet |
| | Eli Haukland | Kvalitetssjef, Ellingsrudhjemmet |
| | Henriette Birkeland | Avd.leder Kantarellen Bo og rehab.senter |
| | Atosa Zangene | Sykehjemslege Smestadhjemmet |
| | Annbjørn Melby | Sykehjemslege Rødtvet sykehjem |
| | Leoni Abrahamsen Krohn | Sykehjemslege Fagerborghjemmet |

1. Arbeidsform og komitemøter

Komiteen har vanligvis månedlige møter med unntak av juni, juli og desember. I 2021 er det gjennomført 8 ordinære komitemøter, samt diverse møter i forbindelse med saksdrøftinger, både enkeltsaker og de mer prinsipielle.

Komiteens ordinære møter har løpende saker på agendaen som status innkomne saker og referater, fordeling av etikkbrev mm. Det er også satt av tid til å drøfte mer spesifikke saker som komiteens rolle og ressurser, aktuelle saker i media, samarbeid med KEK i spesialisthelsetjenesten samt andre aktuelle samarbeidspartnere, og det siste året også mye om refleksjonsfilmene som utarbeides.

KEKK har siden 2019, sammen med Senter for fagutvikling og forskning, deltatt i arbeidet for å få opprette egen klinisk etikk komite for bydelene i Oslo. Refleksjonsfilmene som nå lages vil forhåpentligvis også bidra til økt etiske refleksjon i hjemmetjenester/boliger og bydeler, og til å synliggjøre viktigheten av kliniske etikk komiteer også i dette segmentet av helsetjenesten.

Komitemøtene har en varighet på 2 timer, og avholdes vanligvis i Sykehjemsetatens administrasjonslokaler i Nedre Slottsgate. Møtene er lagt til siste mandag i måneden. Vår erfaring er at en fast struktur gjør det lettere for medlemmene å kunne delta i møter og drøftinger.

2

Saker og saksdrøftinger

En av hovedoppgavene for KEKK er å bidra i drøftinger av utfordrende etiske problemstillinger i kommunens langtidshjem og helsehus. Vanligvis gjennomføres disse drøftingene ute i den aktuelle virksomheten, sammen med ansatte og eventuelle pårørende og/eller beboer/pasient. I 2021 ble det meldt 19 saker, hvorav det ble gjennomført drøfting i 16 av disse. De resterende ble trukket av de som meldte saken.

Saker meldes pr. epost til kekk@sye.oslo.kommune.no. Melder fyller ut et mottaksskjema med problemstillinger og informasjon som er viktig for å avgjøre om dette er en drøftingssak for KEKK. Informasjonen er også viktig bakgrunnsinformasjon for KEKK-medlemmene som skal delta i drøftingen - slik at de kan forberede seg før drøftingen. Under drøftingene bruker komiteen et verktøy utarbeidet av Senter for medisinsk etikk, SME-modellen eller 6-trinnsmodellen, som utgangspunkt for drøftingene. SME-modellen er en metode som systematiserer gjennomgangen av det etiske dilemmaet, der man går igjennom fakta i saken, berørte parter og deres syn, hvilke verdier, lover og retningslinjer som aktualiseres, og hvilke handlingsalternativ som finnes. Det skrives anonymiserte referat fra drøftingene, som formidles til alle som har deltatt. Disse har anledning til å gi tilbakemeldinger før referatet slutføres.

Etter drøftingene sender KEKK ut et «evaluerings skjema» med noen spørsmål til de som har meldt saker og fått disse drøftet i KEKK. Tilbakemeldingene har så langt vært svært positive.

En saksdrøfting innebærer mange arbeidstimer. I 2021 har reisetid blitt spart ved gjennomføring av flere digitale drøftinger, men det har vært mye mailutveksling mellom komiteens medlemmer ikke minst når det gjelder de prinsipielle drøftingene/refleksjonene. For ordinære saker er det både forarbeid, to timer saksdrøfting, referatskriving mm. Vanligvis deltar tre medlemmer i saksdrøftinger: En leder drøftingen, en er referent, den tredje er

deltaker og er medreferent. Noen ganger deltar 4 medlemmer, andre ganger to - noe som er et minimum. Nye medlemmer er observatører i noen saker, før de etter hvert blir med i selve saksdrøftingene. I de prinsipielle drøftingene har mange medlemmer, til dels hele komiteen, deltatt.

Komiteen behandlet 16 saker i løpet av 2021.

Disse har omhandlet spørsmål rundt:

- Individuelle vurdering av besøksrestriksjoner i koronatid
- Håndtering av beboers utfordrende atferd
- Pasientens ønske om hjemreise vs avdelingens vurdering av behov for forsterket plass
- Tvang, låse inn beboer
- Samarbeid, avklaring av forventninger institusjon-pårørende
- Uvaksinert beboer, hvordan forholde seg?
- Behandling med tvang etter PBRL kap 4A eller Psykisk helsevernlov på sykehjem?
- Smitteverntiltak etter tredje vaksinedose

I tillegg har KEKK hatt en samarbeidsdrøfting med bydel, om ansvarsfordeling og ivaretagelse av hjemmeboende pasienter, samt et erfaringsutvekslingsmøte med Etisk Forum i Bærum Kommune.

3 Undervisning/informasjon

For å bidra til mer etisk refleksjon ute på den enkelte avdeling i langtidshjem/ helsehus, samt gi gode verktøy for at dette kan gjennomføres, avholdes det vanligvis årlige seminar hvor alle ansatte i langtidshjem og helsehus i Oslo blir invitert. Temaene velges ut fra innhold i saker man har behandlet, eller temaer man ser er aktuelle i tiden.

Grunnet pandemien har KEKK ikke arrangert seminar i 2021. Det er i stedet sendt ut et refleksjonsnotat om koronatiltak i sykehjem til samtlige langtidshjem og helsehus i SYE, og mange av årets etikkbrev har tatt opp viktige temaer i forbindelse med pandemien.

Grunnet pandemien har komiteens medlemmer heller ikke blitt invitert til å bidra på seminarer og studentundervisning i samme grad som tidligere år, og har måttet takke nei til flere henvendelser.

- Et medlem har undervist digitalt i palliasjon og etikk, ved Lovisenberg Diakonale Høgskole og ved VID
- Et medlem har gitt undervisning i samtykkekompetanse og Pasient og brukerrettighetsloven kap 4A
- Et medlem har deltatt i strukturert intervju for en masteroppgave i etikk

4. Opplæring for KEKK-medlemmer

KEKK var representert med 5 medlemmer på erfaringskonferansen for etikk-komiteer i kommunehelsetjenesten arrangert av Senter for medisinsk etikk (SME) høsten 2021.

Nye medlemmer deltar på grunnopplæring i regi av SME og er først med som observatører i drøftinger, før de får en selvstendig rolle.

Medlemmene i KEKK deltar på opplærings- og erfaringskonferanser arrangert av SME.

5 Etikkbrev

Utsendelse av månedlige etikkbrev er en viktig del av KEKK sitt arbeid. Etikkbrevene sendes ut til alle langtidshjem/helsehus og er ment som en ressurs i forhold til etiske refleksjoner på avdelingene. Etikkbrevene tar for seg verdier, begrep og forhold som helsepersonell står overfor i hverdagen, og man får anledning til å snakke sammen og reflektere over opplevelser, holdninger, og dilemmaer i forhold til dette. Forfattere av disse går på omgang blant medlemmene, men tematikken diskuteres i fellesskap.

Etikkbrevene brukes også av Bærum kommune. KEKK i SYE har de siste to årene samarbeidet med Bærum kommune rundt utarbeidelse av etikkbrev. Det ble sendt ut 10 etikkbrev i 2021, med følgende temaer:

Velgjørighet, Prioriteringer, Håp, Omtanke, Utilstrekkelighet, Livshistorie, Raushet, Berøring, Etisk ansvar, og Godhet.

6 Henvendelser til KEKK

Henvendelser til KEKK skjer i all hovedsak til KEKK- mailadresse: kekk@sy.oslo.kommune.no
Sekretær har ansvar for å svare på mailen og koordinere arbeidsoppgaver i forbindelse med saker som kommer.

Ny brosjyre for ble utarbeidet i 2019 og finnes på alle langtidshjem og helsehus (se vedlegg)

7 Økonomi

Sykehjemsetaten bidro med kr. 50.000 til KEKK sitt arbeid i 2021. Da KEKK ikke har arrangert seminarer dette året, er midlene satt av til å lage en informasjonsfilm om KEKK. I tillegg bidrar Kirkens Bymisjon og Senter for Fagutvikling og Forskning til å finansiere KEKK-filmene.

8 Oppsummering og videre arbeid

Det er mange etiske dilemmaer og problemstillinger både i langtidshjem, helsehus og i hjemmetjenesten. Under pandemien har dette blitt enda tydeligere. KEKK gleder seg over at stadig flere virksomheter melder saker til komiteen, og det er positivt at både ansatte og pårørende melder saker. KEKK ønske at flere pårørende samt også beboere vil ta kontakt med komiteen. Henvendelsene er svært adekvate og viser det store mangfoldet av utfordringer og dilemmaer medarbeiderne står i hver dag.

KEKKs informasjonsfilm ferdigstilles våren 2022. Vårt arbeid for å bistå bydeler og hjemmetjenester i etablering av etiske refleksjonsgrupper vil fortsette.

KEKK håper å kunne gjenoppta opplæringen for virksomhetene gjennom halvdagsseminarer for både ledere og ansatte. Dersom det ikke blir mulig med fysisk oppmøte, vil komiteen vurdere digital undervisning.

I KEKK sitt mandat presiseres vårt ansvar for å stimulere til økt etisk bevissthet og kompetanse om verdispørsmål knyttet til pasientbehandling, samt til å stimulere til bevisstgjøring om etiske problem som har med ressursbruk og prioritering å gjøre. Å løfte enkeltsaker opp, og å bidra til mer generelle og prinsipielle diskusjoner om disse temaene, er noe KEKKs medlemmer ønsker å gjøre mer av. Vi ønsker å bruke vår kunnskap og påvirkningskraft til å fremme refleksjon, påvirke til kloke valg, og bidra til en bedre helsetjeneste for alle involverte.

Vedlegg:

1. Mandat for KEKK i SYE
2. Mottaksskjema
3. Drøfting
4. Drøfting
5. Eksempel på etikkbrev
6. Brosjyre

Vedlegg 1

Godkjent mandat og struktur for klinisk etikk komite (KEKK) i Sykehjemsetaten (SYE)

Klinisk etikkomité skal:

1. Stimulere til økt etisk bevissthet og kompetanse om verdispørsmål knyttet til pasientbehandling
2. Stimulere bevisstgjøring om etiske problemer som har med ressursbruk og prioritering å gjøre
3. Bidra til at pasienter/beboer og pårørende blir godt ivaretatt i møte med kommunehelsetjenesten
4. På forespørsel delta med råd og veiledning i drøfting av konkrete etiske problemer før og/eller etter en beslutning tas/er tatt.
5. Være nøytral, åpen og ikke-diskriminerende
6. Bidra til å fremme virksomhetenes kvalitetsarbeid
7. Klinisk etikk komite er ikke et klageorgan og har ingen beslutnings- eller sanksjonsmyndighet
8. Fremme samtale og refleksjon om etiske problem og dilemmaer

Sammensetning:

1. KEKK skal ha leder og sekretær.
2. En vurderer det som nødvendig å ha minimum et KEKK-medlem i administrasjonen som har et koordinerende ansvar for saksbehandling, etikkbrev, opplæringsdager, seminardager, praktiske arbeid rundt møteinnkallinger etc. Det er viktig at denne personen har kunnskap og kompetanse om etisk refleksjonsarbeid, og har avsatt tid til dette arbeidet.
3. KEKK skal være bredt tverrfaglig sammensatt og deltakerne møter som representant for sin profesjon
4. KEKK bør ha en brukerrepresentant som medlem
5. KEKK bør ha medlem med kompetanse i medisinsk etikk, fagetiker
6. KEKK bør ha medlem med helserettlig kompetanse

Organisering, oppnevning og økonomi:

1. KEKK skal være frittstående og uavhengig
2. Medlemmene av KEKK oppnevnes av etatsdirektør i SYE etter søknad og intervju prosess og etter innstilling fra KEKK
3. Medlemmer i KEKK oppnevnes for minimum 2 år av gangen og det skal sikres kontinuitet ved endring av medlemmer
4. KEKK skal sikres nødvendige ressurser

5. Leder må sikres rammer som gjør det mulig å ivareta arbeidet innenfor vanlig arbeidstid.
6. Medlemmene må sikres rammer for å delta i arbeidet og skal ha ressurser/ muligheter for å kunne tilegne seg nødvendig kompetanse i klinisk etikk-arbeid.
7. Leder i komiteen velges for 2 år av gangen.

Arbeidsform:

1. Både beboer/pasient, pårørende, studenter og ansatte kan henvende seg til KEKK
2. Behandling av saker skal som hovedregel skje med basis i anonymiserte pasientopplysninger. Ved fravikelse fra hovedregelen om anonymisering, må det innhentes samtykke fra pasienten før saken fremlegges for KEKK, jfr. helsepersonelloven § 22
3. Medlemmene i KEKK har taushetsplikt, også knyttet til diskusjoner i KEKK-møter.
4. KEKK skal ha mulighet for å samles på kort varsel i hastesaker.
5. Komiteen skal skrive referat fra alle møter og drøftinger.
6. Komiteen skal skrive årsrapport som skal til etatens ledelse, Sentralt kvalitetsutvalg og Senter for medisinsk etikk.

(Mandatet har vært behandlet i Sykehjemsetatens lederteam og i Sentralt kvalitetsutvalg i Sykehjemsetaten)

Vedlegg 2

MOTTAKSKJEMA / Henvendelseskjema

Må være anonymisert

Når du mottar en henvendelse, husk å informere om KEKKs rolle

- Rådgivende organ
- Ikke klageorgan
- Skal ikke avgjøre/ingen sanksjonsmyndighet – bare uttale seg og gi beslutningsstøtte.

| | |
|--|--|
| 1. Hvem henvendte seg, navn og funksjon el rolle. | |
| 2. Hvordan ble henvendelsen gjort | |
| 3. Hvem er berørte parter (<i>eks. pasient/beboer, pårørende, pleiere, medpasienter, lege etc</i>) i saken - og eventuelt hva er deres synspunkter | |
| 4. Har pasient /beboer eller nærmeste pårørende samtykket til at saken drøftes i KEKK Hvis ikke, må saken drøftes anonymt. | |
| 5. Hva er utfordringen /problemstillingen eller det etiske dilemma – hva gjelder saken? | |
| 6. Hva er gjort til nå? - - Har det vært møter? - Er det gjort avtaler? - Har noen hatt samtaler med den eller de det gjelder? - Er det referat eller annen dokumentasjon KEKK bør være kjent med i forkant? | |

| | |
|--|--|
| 7. Er det aktuelt å invitere pasient/beboer og/eller nærmeste pårørende (erfaringer viser at det kan være nyttig at pårørende og/eller beboer deltar) | |
| 8. Hastesak eller ikke? Hvorfor? | |
| 9. Hvem skal kontaktes for utfyllende opplysninger | |
| 10. Hva ønsker den som henvender seg? | |

Dato og Sign av den som fylte ut skjema /tok imot henvendelsen

Prosedyre for mottak og oppfølging av saker:

1. Henvendelser om nye saker sendes til kekk@sye.oslo.kommune og den som har ansvar for KEKK-mailet registrerer mottatt sak i skjema for «mottatte saker»
2. Den som har ansvar for KEKK-mailet sender bekreftelse på mottatt søknad til den som har sendt henvendelse, legger ved mottaksskjema og ber om at dette fylles ut og returneres samt informerer om videre saksgang.
3. Mottaksskjema registreres i oversikt over mottatte saker for inneværende år.
4. Den som har ansvar for KEKK-mail har ansvar for å avklare dato/tidspunkt og hvem som deltar fra KEKK. Det skal minimum være to deltakere fra KEKK.
5. En av deltakerne fra KEKK skriver anonymisert referat fra drøftingen.
6. Referat fra drøftingen sender til angjeldende avdeling samt til pasient/beboer eller pårørende som deltok i møtet til gjennomlesing og kommentar før referat godkjennes.
7. Godkjent referat sendes ut til medlemmene i KEKK til læring

Arbeidsredskap for KEKK i Sykehjemsetaten

Vedlegg 3

Eksempel på referat fra drøfting

Referat KEKK - SYE

Klinisk Etikk-Komite er et uavhengig organ, som kan gi råd i ulike etiske problemstillinger på sykehjem. KEKK er ikke et klageorgan, og skal ikke ta beslutninger eller sanksjonere. KEKK kan uttale seg og gi beslutningsstøtte.

Referat digital KEKK-drøfting ved Oslo-sykehjem (anonymisert)

Tilstede:

Pårørende: Datter

Fra institusjonen: Virksomhetsleder, avdelingsleder, fagsykepleier, lege

Fra KEKK: Fagetiker, psykiatrisk sykepleier, sykehjemsprest

Bakgrunn:

Pårørende tok kontakt med KEKK for å drøfte en sak angående besøksrestriksjoner

Det etiske problemet: Hvordan kan man ivareta beboers (og pårørendes) behov for besøk, og samtidig ivareta godt smittevern?

Da saken ble meldt var sykehjemmet stengt, mens det nå (når saken drøftes) er åpnet for besøk igjen. Det er opplevd allikevel viktig å drøfte saken med tanke på om det skulle bli stengt igjen.

Fakta i saken:

Beboer er sengeliggende og har ligget isolert inne på sitt rom de siste 6 måneder. Avhengig av hjelp til alt. (Sengeliggende etter et fall, fallert etter det) Hen er nå fullvaksinert. Har etter innførte besøksbegrensninger fra nyttår ligget mange uker uten besøk fra sine nærmeste. Sykehjemmet fikk et stort smitteutbrudd og måtte stenge for en begrenset periode. Pårørende har kommet med anmodning til sykehjemmet om at de foretar individuell vurdering av besøks-ordningen, men denne er ikke besvart tross purring.

Klage til Statsforvalteren sendt av pårørende. Sykehjemmet mottok kopi av brev fra Statsforvalteren, hvor det bes om informasjon om hvilke vurderinger som er foretatt. På bakgrunn av dokumentasjonen fra sykehjemmet vil Statsforvalter vurdere om det er behov for videre tilsynsmessig oppfølging og henviser til helsetilsynsloven § 4.

Berørte parter:

Beboer: Ønsker besøk av sine nærmeste: døtre, barnebarn

Pårørende: Døtre samt barnebarn ønsker å besøke beboer. Pårørende tilbyr å bruke munnbind, visir, hansker og holde to meters avstand under besøket, og påpeker at de lever svært avskjermet. Pårørende opplever at sykehjemmet tolker besøksrestriksjoner for stengt og viser til uttalelse fra Sykehjemsetaten: «Mens vaksineringen har pågått, har sykehjemmene frarådet alle besøk, samtidig som de har gitt mulighet for besøk i spesielle situasjoner. Det kan være hvis en beboer er i ferd med å miste livet, eller er sengeliggende og har stort behov for besøk» (Avisa Oslo19.01.21 intervju m/Melvold Sykehjemsetaten). Pårørende ønsker

informasjon om hva som vil skje videre, mer forutsigbarhet. Hva skjer når alle er beboere er vaksinert? Når vil det åpnes for mer besøk, i februar/mars eller i juni?

Medarbeidere og leder i sykehjem:

Sykehjemmet fikk et stort smitteutbrudd og måtte stenge for besøk i en begrenset periode. Sykehjemmet har videre fulgt gjeldene regler med besøkstans for alle sykehjem i Oslo etter utbrudd av mutert virus i Nordre Follo. Besøk var i denne perioden bare tillatt dersom det var endringer i helsetilstand, om beboer var i livets siste fase, noe vedkommende ikke ble vurdert til å være. SYE/FHI anbefalte dessuten ikke besøk under vaksineringsen, med unntak av 1 x pr. uke. I andre perioder har beboer fått daglige besøk dvs. det har vært unntak fra besøksrestriksjonene ut fra individuelle behov.

Ansatte forstår pårørendes ønske om å vite mer, men det er manglende forutsigbarhet også for ansatte. Ingen vet med sikkerhet hva som vil skje videre, og det kommer fremdeles nye beboere som ikke er vaksinerte. Dette vil forhåpentligvis endre seg utover våren

HVILKE VERDIER OG PRINSIPPER AKTUALISERES?

● Autonomi/medbestemmelse:

Både pårørende og ansatte uttrykte at beboer ønsker å få besøk, og hadde glede av det, men at hen noen ganger ble sliten av for mye besøk. Noen ganger må man vurdere om det blir for mye stimuli. Datter informerte om at hun i forkant spør beboer på telefonen om hen ønsker besøk, og utsetter noen ganger besøk ut fra beboerens ønsker. Noen ganger avsluttet hun besøket tidligere enn planlagt fordi beboer tydeligvis er sliten.

● Ikke skade-prinsippet: Dette betyr at ansatte har plikt til å beskytte mot at viruset kommer inn i institusjon, da dette kan ha fatale konsekvenser. Jo flere personer som kommer inne på sykehjemmet, jo større sjanse er det for smitte. Men det er også viktig å tilrettelegge for at beboere unngår skade grunnet isolasjon. Ifølge datter, har beboer gått betydelig ned i vekt i perioden hen har vært isolert. Her må sykehjemmet også veie risiko for smitte opp mot både psykososial og fysisk skade som kan oppstå som resultat av isolasjon. Beboer får regelmessig tilsyn av ansatte og har knyttet seg til noen av dem.

Pårørende pekte på at det også er smitterisiko via de ansatte og at pårørende kan bruke smittevernsutstyr på samme måte som ansatte. Pårørende vektla at personer med demens ikke forstår besøksrestriksjonene og kan ikke tenke framover. Derfor har de større behov for å ha kjente rundt seg. Pårørende informerte om at beboer hadde gått synlig ned i vekt under perioden og at isolasjonen sånn sett også har vært fysisk til skade. Pårørende er glade for at personalet og beboer har gode relasjoner, men disse kan ikke erstatte båndene til familie og venner.

● Rettferdighet: Stor prosent av sykehjemsbeboerne har demens og mange er skrøpelige. Mange pårørende ønsker å kunne besøke mer. Dersom det tilrettelegges for individuelle ønsker og behov for noen, vil det også måtte gjøres for andre. Det er viktig at like tilfeller behandles likt. Pårørende uttrykte at det er forskjell på de som er sengeliggende på rommet og de som er oppegående og får stimuli i fellesskapet.

Handlingsalternativer:

- Det synes som veileder fra Helsedirektoratet/FHI angående individuelle vurderinger for besøk forstås ulikt av pårørende og ansatte. Alle beboere vil være fullvaksinerte medio uke 9, men ikke ansatte og pårørende. Regler for smittevern hensyn og besøk vil

fremdeles være gjeldende. Ansatte og pårørende må snakke sammen for å finne balanse når det gjelder behov for besøk og smittevern. Sykehjemmet må vurdere om de tolker/har tolket besøksreglene for strengt i dette tilfellet, jmf Sykehjemsetatens tilråding om å legge til rette for besøk for pasienter som har vært sengeliggende over lengre perioder, og dermed kan ha stort behov for besøk.

- Det har vært mange og skiftende regler om besøksordninger og smittevern. Dette skaper utrygghet og lite forutsigbarhet. Det er viktig med god informasjon til pårørende, for å gi en opplevelse av forutsigbarhet og trygghet.
- Under drøftingen dukket det opp flere andre problemstillinger i tillegg til det som var meldt inn om sak: Besøk kontra smittevern. Det må innkalles til eget møte for å drøfte andre temaer som ernæring, aktivisering, status mm. Dette var det ikke tid til å drøfte, og dette var heller ikke meldt som del av saken til KEKK.
- Da det synes å være stor uenighet om status og behandling kan det være et alternativ å be om second opinion fra annen lege.

Vedlegg 4

Eksempel på referat fra drøfting

Referat fra KEKK-drøfting Oslo-sykehjem

Etiske dilemmaer:

- Pasientens verdighet, autonomi.
- Likebehandling mellom to lovverk
- Samarbeid mellom sykehjemmet og APS

Tilstede fra sykehjemmet:

- sykepleier (tjenesteansvarlig) for pasient
- fagutviklingssykepleier
- lege

Tilstede fra KEKK:

- Lege
- Psykiatrisk sykepleier/virksomhetsleder
- Hjelpepleier
- Hjelpepleier/konsulent

Fakta i saken:

Pasient overflyttet fra psykiatrisk enhet til skjermet enhet ved samme sykehjem. Har vært i skjermet avdeling i ca 6 måneder. Har vært pasient ved sykehjem siden 2004, tidligere i spesialavdeling for psykiatri.

Pasienten har utnevnt verge. Har en søster som man er usikker på om er i live. Det er ikke kontakt med søster, og sykehjemmet er heller ikke kjent med at det har vært kontakt.

Pasienten gjør motstand mot å ta imot medisiner fra APS. Gjør i varierende grad motstand mot øvrige medisiner som er foreskrevet av lege ved sykehjemmet

Avdelingen mener at når pasienten er på sykehjem og i den siste fasen av livet, bør hen slippe å tvangsmedisineres så lenge det vurderes at det å slippe tvangsmedisinering vil øke pasientens livskvalitet. Avdelingen ønsker å gi pasienten en god alderdom uten å utsette hen for tvang

Det er APS som har fattet vedtak om tvangsmedisinering, og det er APS som kommer til sykehjemmet og gir medisinen i form av injeksjon hver 3.uke. Behandlingsansvaret for tvangsmedisinering av psykiatrisk lidelse ligger i spesialisthelsetjenesten selv om pasienten bor i sykehjem som har behandleransvaret for somatisk helsehjelp.

Tvangsvedtaket skal revideres hver 3.måned, noe som sykehjemmet erfarer gjøres ved at APS gjør et raskt besøk hos pasienten, uten at avdelingen er tilstede eller blir bedt om/får uttale seg om pasientens nåværende funksjonsnivå og innstilling til medisineringen. Det samarbeides ikke med lokalt personale når tvangsvedtaket skal revurderes. Avdelingen opplever stor usikkerhet rundt hvor god kvalitet det er på revurdering av tvangsvedtakene så lenge de, som har ansvar for pasienten gjennom hele døgnet og over lang tid, ikke får uttale seg.

I mai 2021 tok sykehjemmet kontakt med alderspsyk. for å foreslå reduksjon av dose antipsykotisk medikasjon gitt med tvang. APS anbefalte å fortsette tvangsmedisinering og

informerte videre om at dersom tvangsmedisinering ble avsluttet, og dette ikke fungerte for pasienten, ville sykehjemmet måtte ta ny kontakt. Da ville pasienten måtte stå på venteliste på lik linje med andre nye henvendelser. Kontakten endte med noe reduksjon i dose, men pasienten måtte fortsatt medisineres med tvang.

Pasienten har demenssykdom, udiagnostisert. Ikke gjort demensdiagnostisering grunnet hens funksjonsnivå. Grunnen til at pasienten ble flyttet fra psykiatrisk avdeling til skjermet, i stedet for somatisk avdeling, var behov for tettere oppfølging. Dette kan i større grad gis i skjermet avdeling fordi det der er høyere bemanningsfaktor. Pasienten er fysisk svekket, sitter i rullestol, og har lite språk, selv om avdelingen mener språket er i bedring parallelt med at psykofarmaka ble redusert.

Etter at reduksjon av antipsykotika ble gjort opplever sykehjemmet at pasienten er mer våken, mer i stand til å motsette seg medisiner, har tilsynelatende økt livsglede og livskvalitet. Dagens situasjon er at pasienten ikke har fysisk utagering. Hen har evne til å snakke bedre (selv om talen fortsatt er utydelig og noe varierende). Pasienten svarer adekvat på ja/nei på spørsmål. Pasienten viser mer glede i hverdagen, ler under stell når ansatte «tuller» med hen.

Pasientens dagsrytme/funksjonsnivå:

Er i fellesmiljø
Ser TV
Sover innimellom
Samarbeider best med fast personale
Kjenner igjen de som har arbeidet lenge

Avdelingen opplever det som utfordrende at avdelingen ikke vet når APS kommer for å tvangsmedisinere. De får ikke forberedt pasienten på at ting skal skje. Hvem skal vurdere pasients funksjonsnivå nå? Hva gjør at APS ikke vil avslutte/reducere medisineringen?

Avdelingen opplever at tvang etter lov om psykisk helsevern har svært ulike rammefaktorer enn tvang etter PBRL kap. 4A. APS forsøker i liten grad tillitsskapende tiltak. Samtykkekompetanse vurderes raskere og uten samme framgangsmåte som i SYE. Dette oppleves som vanskelig og urettferdig for de ansatte.

Berørte parter

- Pasient
 - Ønsker ikke medisinering fra APS. Motsetter seg av og til øvrige medisiner men har ikke tvangsvedtak om disse
- Ansatte
 - Ønsker reduksjon av medisinering fra APS, vil gjerne at disse opphører. Mener at pasienten har økt funksjonsnivå og økt livskvalitet etter at medisiner gitt med tvang av APS er redusert.
- APS
 - Var ikke tilstede men har uttrykt at det er behov for tvangsmedisinering

Hvilke verdier aktualiseres

Autonomi

- Pasienten ønsker ikke å ta medisiner fra APS

- Avdelingen mener pasienten er mer i stand til å uttrykke valg etter reduksjon av psykofarmaka

Velgjørenhet

- Ansatte vil beboer vel, vil sikre at hen får det best mulig i sin alderdom og at hen ikke skal utsettes for tvangsmedisinering

Ikke skade

- Beboer har økt funksjonsnivå etter reduksjon. Forskning viser at det å utsettes for tvang kan føre til alvorlige traumer og senvirkninger som kan være til skade for pasienten

Rettferdighet

- Denne beboer behandles annerledes enn andre i avdelingen ettersom hen behandles etter annet tvangs-lovverk
- Ansatte opplever at denne pasienten ikke får samme tilnærming mht bruk av tvang som øvrige pasienter i avdelingen

Hvilke lover og retningslinjer aktualiseres

PBRL

- Medbestemmelse i kap. 4-
- Samtykkekompetanse § 4-3
- Kapittel 4A – bruk av tvang

HPL

- Faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp § 4

PHVL

- Tvang (§4-4A)

Verdighetsgarantien

§ 1. *Formål og virkeområde:* Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Handlingsalternativer

- Avdelingen bør vurdere pasientens samtykkekompetanse rettet mot medisinerings
- I samarbeid med APS forsøke nedtrapping eller prøveseponering?
- Konferere med SYEs psykiater for å få beslutningsstøtte
- Endre type legemiddel fra injeksjon til tabletter/flytende?
- Ny utredning ved APS?
- Sende ny henvisning til APS og beskrive hvordan sykehjemmet ser på problemstillingen. Sykehjemmet kan beskrive sine forslag til behandling av pasient og avklare pasientens nåværende behov, basert på dagens situasjon.
- Avdelingen/legen bør rapportere til spesialisthelsetjenesten hva institusjonen observerer av virkninger/bivirkninger av tvangsmedisineringen
- Innkalle til samarbeidsmøte med APS, og om nødvendig løfte dette opp til direktørnivå i etaten
- KEKK-møte med APS?
- Second opinion?
- Avklare hvilke områder vergen er utnevnt for.
- Invitere til samhandlingsmøte med alderspsykiatrisk avdeling.

Vedlegg 5

Eksempel på etikkbrev

Etikk i fokus – KEKKS månedsbrev juli 2021

Månedens tema er: **Livshistorie**

Etikk er grunnlaget for alt det vi gjør og driver med. Etikk forutsetter både hjerte og hjerne. Etikk rører ofte ved det dypeste i oss: våre verdier og holdninger. Som profesjonelle kreves det også at vi forvalter dette med fornuft, og på en måte som kommer beboerne/ pasientene våre til gode.

Den enkelte beboers* livshistorie gir oss viktig informasjon som hjelper oss til å utøve helhetlig omsorg. Kjennskap til livshistorien hjelper ansatte til å se individet bak sykdommen/diagnosen, og dette gir beboere mulighet til å bli sett og hørt også når språket og/eller det kognitive er svekket. Livshistorien åpner opp for å snakke om livssyn og verdier, hva som er viktig for den enkelte, noe som ikke alltid er lett å snakke om.



Livshistorien bygger en bro mellom levd liv og dagen i dag, og hjelper oss med å forflytte oss i tid sammen med personer med demens (tidsforskyvninger). Den gir oss hjelp til å forstå beboerens handlinger og kan være et verktøy i utfordrende situasjoner. Men fremfor alt styrker den identitet og verdighet. Livshistorien skaper liv når vi hjelper til med å gjenfortelle den.

Livshistoriearbeid er en viktig del av personsentrert omsorg. Evne til å forstå verden, sett fra personens perspektiv, er et grunnleggende prinsipp i den rådende omsorgsfilosofien i eldreomsorgen. «Min historie» gir grunnlag både for å opprettholde og skape nye relasjoner. Den er viktig både for beboeren selv, for hans/hennes nærstående og de ansatte.

Til refleksjon:

- Har du/dere god kjennskap til beboernes livshistorie?
- Hvordan bruker du/dere livshistorien (f. eks yrke, fødested, familie) i kommunikasjonen under stell eller andre situasjoner i det daglige arbeidet?
- Har du/dere opplevd at elementer fra livshistorien har vært til hjelp for å forstå beboerens handlinger?
- Hva gjør du/dere når beboeren gjerne vil fortelle om sitt liv og du har dårlig tid?

*I dette etikkbrevet har vi brukt «beboer», men livshistoriearbeid gjelder selvsagt også pasienter i helsehus og brukere i hjemmetjenesten med flere. Har du noe du vil ha hjelp til eller et dilemma du vil ha belyst? Kontakt oss gjerne på kekk@sye.oslo.kommune.no

Vedlegg 6

KEKK-BROSJYRE

Oslo Sykehjemsetaten

Klinisk etikk-komité i Sykehjemsetaten i Oslo kommune

Kontaktinformasjon
Henvendelser kan sendes på e-post til etikk@syke.oslo.kommune.no
Komiteen er forankret i Sykehjemsetaten i Oslo kommune.

Hva er klinisk etikk-komité?

- Komiteen er et rådgivende organ, har ikke beslutningsmyndighet og er ikke en klageinstans.
- Et supplement til det etikkarbeidet som langtidshjem/helsehusene ellers driver med.
- En tverrfaglig sammensatt komité av helsepersonell fra langtidshjem/helsehus, prest, jurist og en representant for Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.
- Komiteens medlemmer har opplæring i og erfaring med systematisk drøfting av etiske dilemmaer og problemer.
- Forum der pasienter, pårørende og ansatte kan få drøfte etiske dilemmaer og problemer.
- Komiteen treffer ikke kliniske beslutninger og har ingen sanksjonsmyndighet.
- Komiteen opptrer som en nøytral part i drøftinger.

Hva er et etisk dilemma?

Et etisk dilemma oppstår når en opplever problemer som det ikke finnes en god løsning på, og en må velge mellom ulike alternativer, der den ene løsningen kan være like god (eller dårlig) som den andre.



Hva kan komiteen bidra med?

- Gi råd og beslutningsstøtte om hvordan konkrete etiske dilemmaer og problemer kan løses.
- Drøfte generelle etiske temaer som: omsorg ved livets slutt, bruk av tvang, innføring av omsorgs- og velferdsteknologi.
- Arrangere seminarer og motivere til systematisk refleksjonsarbeid ved langtidshjem/helsehus.
- Bidra til at pasienter og pårørendes møte med tjenesten blir best mulig.
- Komiteen har taushetsplikt.

Hvem kan kontakte komiteen?

Komiteen tar i mot henvendelser fra ansatte, pasienter/beboere og pårørende fra alle langtidshjem/helsehus i Sykehjemsetaten i Oslo kommune.

Saken bør ha vært drøftet lokalt i langtidshjem/helsehus før den meldes til komiteen.

