

ÅRSRAPPORT 2015

Kliniske Etikk-komitéer (KEK) Oslo Universitetssykehus HF

Det kliniske etikkarbeidet på Oslo Universitetssykehus forholder seg til det [nasjonale mandatet](#) for kliniske etikk-komitéer i spesialisthelsetjenesten.

INNHOLD:

1. Innledning
2. Presentasjon av komitéene
3. Komitémøter
4. Drøfting av enkeltsaker
5. Drøfting av generelle saker
6. Presentasjon av KEK og foredrag internt og eksternt
7. Åpent seminar
8. Evaluering av KEK arbeidet
9. Høringer og uttalelser
10. Deltagelse i kurs, konferanser, utdanninger
11. Publikasjoner
12. Økonomi

1. INNLEDNING

Aktiviteten i de kliniske etikk-komiteene på OUS har vært relativt stabil. Det var i 2015 en nedgang i antall drøftinger men en økt etterspørsel etter foredrag og undervisning.

Tilbakemeldingene viser at drøftingene med KEK oppleves nyttige, og ofte får konsekvenser for videre håndtering av sakene. Det tverrgående samarbeidet mellom komitéene fortsetter å være et viktig bidrag til bredde, kompetanse og kvalitet i våre drøftinger, mange av sakene inneholder også en kombinasjon av psykiatriske og somatiske dilemmaer.

KEK opplever god dialog med ansatte og ledere, og en jevnt økende lydhørhet for klinisk etiske dilemma i sykehusets hverdag. Dette kommer særlig til syne når KEK medlemmer møter klinikerne ute i sykehuset for å delta i møter eller holde innlegg om KEK-arbeidet. Det er en glede å kunne konstatere at vi på OUS har svært mange engasjerte og dedikerte fagpersoner.

KEK-ene på OUS fortsetter å være godt synlige både innenfor og utenfor sykehuset. Det kommer ofte invitasjoner til å holde foredrag/undervisning som viser at KEK-arbeidet på OUS er kjent i andre helseforetak. KEK medlemmene var også i 2015 godt representert på det Nasjonale Høstmøtet for de kliniske etikk-komitéene, dette prioriteres fordi det er et verdifullt bidrag til kompetanseheving. KEK P/A bidro også med en presentasjon.

Den sentrale komitéen fortsetter å ha månedlige møter, ut fra erfaringen at det er nyttig for komitélederne å ha såpass hyppig kontakt for å kunne oppdatere hverandre. Det er også god læring i dette.

2. PRESENTASJON AV KOMITÉENE

Sentral klinisk etikk-komité OUS

MEDLEMMER:

Overlege/professor Thor Willy Ruud Hansen, Kvinne og Barneklubben, leder
Professor Reidun Førde, Senter for Medisinsk etikk UiO (eksternt medlem/etikk-konsulent), nestleder
Spesialsykepleier Berit Hofset Larsen, Avdeling for kreftbehandling, Radiumhospitalet
Hovedprest Egil Eide, Prestekontoret, OUS
Avd. overlege, Karin Ueland, Avd. for spesialisert døgnbehandling, psykiatri, Dikemark
Overlege Oona Dunlop, Avdeling for akuttmedisin, Ullevål
Juridisk rådgiver Hanne Eeg-Henriksen, Juridisk seksjon OUS
Overlege Anny Spydslaug, Gynekologisk avd, Ullevål
Sjefspsykolog Asbjørn Kolseth, Avdeling for akuttpsykiatri, Ullevål
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avd. for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

KEK Rikshospitalet/Radiumhospitalet (RH/DNR)

MEDLEMMER:

Overlege/professor Thor Willy Ruud Hansen, Nyfødtafdelingen, Rikshospitalet, leder
Spesialsykepleier Berit Hofset Larsen, Avdeling for kreftbehandling, Radiumhospitalet, nestleder.
Professor Reidun Førde, Senter for medisinsk etikk UiO (SME)(eksternt medlem/etikk-konsulent/lege)
Hovedprest Egil Eide, Prestekontoret, OUS
Avd. sykepleier Pirjo Suominen, Nevrologisk avdeling, Rikshospitalet
Professor Inger Holm, Seksjon for forskning og kompetansesenter, Ortopedisk klinikk
Sykepleier Anne Lise Flatland, Avdeling for kreftbehandling, Radiumhospitalet
Overlege Petter Brandal, Avdeling for kreftbehandling, Radiumhospitalet
Seksjonsleder/professor Nina Aass, Avdeling kreftbeh, Seksjon lindrende beh, Ullevål/Radiumhospitalet
Sosionom Ida Krag Rønne Mannsåker, Barne- og Ungdomspsykiatrisk avdeling, Rikshospitalet (fra jan -15)
Lege, jurist, stipendiat Jørgen Dahlberg, Senter for Medisinsk etikk UIO (eksternt juridisk medlem) (fra feb.-15)
Overlege Tor Aksel Aasmundstad, Intensivavdelingen, Rikshospitalet (fra april -15)
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avd. for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

Tre nye medlemmer har kommet med dette året, grunnet naturlig avgang og ønske om sterkere representasjon fra de intensivmedisinske miljøene.

KEK psykisk helse og avhengighet (P/A)

MEDLEMMER:

Avd. overlege, psykiater Karin Ueland, Seksjon for psykosebehandling, Dikemark, leder.
Sjefspsykolog Asbjørn Kolseth, Seksjon akuttpsykiatri, Ullevål, nestleder
Sykehusprest Eileen Paus, Gaustad sykehus.
Seksjonsleder, sosionom Kari Bakke Larring, Avdeling for avhengighetsbehandling unge, Gaustad
Forsker, sykepleier Maria Knutzen, Kompetansesenter for sikkerhet, fengsel- og rettspsykiatri, Gaustad
Juridisk rådgiver Hanne Eeg- Henriksen, Juridisk seksjon OUS
Brukerrepresentant Nanna Gjersøe, Autismeforeningen Norge, Oslo fylkeslag
Forsker, sykepleier Trine Lise Bakken, Psyk. avd. for pers. m/utviklingshemming/autisme, Dikemark
Professor, Knut Ruyter, Det medisinske fakultet Universitetet i Oslo, REK Sør-Øst
LIS lege Runar Eikeset, BUP
Psykiater, enhetsleder, Petter Flesjø, Josefinegata DPS
Seksjonsleder, sosionom, Eli Lund Magnusson, Søndre Oslo DPS
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avd. for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

KEK Ullevål/Aker (U/A)

MEDLEMMER:

Overlege Oona Dunlop, Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål, leder
Overlege Anny Spydslaug, Gynekologisk avd, Ullevål, nestleder
Teolog, Beate Indrebø Hovland, Kampen Omsorg+/frilans (eksternt medlem/etikk-konsulent)
Ass. avdelingsleder, sykepleier, Gunnar Grømer, PO/Intensiv avd, Ullevål
Sykehusprest Magne Stendal, Ullevål
Avd. leder, overlege Morten Mowé, Generell indremed. avd, Ullevål

Seksjonsoverlege Marc Ahmed, Geriatrisk avd, Ullevål
LIS lege Ingvil Ystgaard Kjelstad, Akuttmedisinsk avd., Ullevål
Overlege Dag Wendelbo Sørensen, Akuttklinikken Ullevål
Jurist Stian Bonnevie Arntzen, Innkjøpsavdelingen, OSS (fra mars -15)
Seksjonsleder Tom Stiris, Nyfødt intensiv, Ullevål (til nov.-15)
Sykepleier Nina Værnes, Nevro intensiv (til aug.- 15)
LIS lege Eivor Nesheim, Barneavdelingen
Sekretær Unni Veirød, rådgiver, Avd. for pasientsikkerhet og kvalitet, OUS.

To medlemmer har sluttet etter eget ønske grunnet kapasitetshensyn, og ett nytt medlem har kommet til.

3. KOMITÉMØTER

Alle de fire komitéene planlegger møter en gang pr. måned, unntatt om sommeren. Møtene brukes bl.a. til å planlegge aktiviteter, orientere hverandre om saker og diskutere aktuelle tema. Drøftinger av pasientsaker legges til ordinære møter hvis det passer, men da slike saker ofte haster, blir disse gjerne holdt som ekstra drøftingsmøter/ "hastemøter".

KEK RH/DNR har hatt 7 planlagte møter og 3 ekstramøter med drøfting av pasientsaker, tilsammen 5 pasientsaker. (Se kap.4).

KEK P/A har hatt 7 planlagte møter hvor også 3 pasientdrøftinger (2 drøftinger omhandlet sammen pasient) og 2 generelle drøftinger har stått på dagsorden. (Se kap. 4 og 5).

KEK U/A har hatt 8 planlagte møter og 5 ekstramøter med drøfting av pasientsaker, til sammen 5 pasientsaker. (Se kap. 4).

KEK OUS - Sentral KEK, arbeider mer med prinsipielle saker. Det har vært holdt 9 møter, 2 prinsipielle problemstillinger er drøftet (se kap 5).

Sentral KEK OUS hadde internseminar 5. og 6.02.15 med temaene:

Diskusjon i forkant av høringsvar til NOU 2014-12 «Åpnet og rettferdig, prioriteringer i helsevesenet» (vedlagt). «Evaluerer av KEK arbeidet på OUS», - 5 år etter fusjonen. (se kap 8)

KEK OUS arrangerte internseminar for alle KEK medlemmer på OUS 06.05.15 med følgende tema: Introduksjon og historikk for KEK-arbeidet, orientering fra komitéene, praksis ved drøftinger (-bl.a. pasient/pårørende til stede?), referatskriving (-blir KEK mer ansvarlig med dagens praksis - endret rolle?), markedsføring av KEK (-hvordan nå bedre ut?), forventninger til KEK medlemmer.

Alle KEKene var sammen om å arrangere seminar om Filming av pasienter 07.10.15 (se kap.7)

4. DRØFTING AV ENKELTSAKER

Komitéene har til sammen hatt 13 drøftinger av enkeltsaker. KEK har som praksis å invitere pasient og (eventuelt) pårørende med i drøftingene, men erfaringen er at det ikke alltid er ønskelig eller mulig for pasient/pårørende delta, evt ikke hensiktsmessig fordi det primært er behandlerne som har behov for å drøfte saken bredere. I 5 av de 13 sakene var pasient/pårørende til stede. Dette er en mindre andel enn i tidligere år.

En årsak til lav pasientdeltagelse i drøftingen kan være at flere av sakene har hatt samtykkekompetanse som hovedproblem. I disse sakene er det ofte ikke naturlig å invitere pasienten med. Er det mulig å få med pårørende i slike saker, vil det kunne være til stor hjelp.

En annen årsak kan være at antallet saker som gjelder barn er lavere enn tidligere og i disse sakene er ofte foreldre tilstede i drøftingene. Hvis det viser seg at antallet barnesaker på sikt er fallende, kan det tenkes å være et produkt av læring på klinisk side. Barneleger og - sykepleiere har tidligere brukt KEK relativt ofte, og det er grunn til å tro at man på barnemedisinsk side selv har blitt bedre til selv å analysere vanskelige saker. Fordi KEK-lederen er barnelege, blir han også av og til brukt som ”sparringspartner” av kolleger i fagfeltet, uten at dette registreres som en formell sak i KEK.

Sakene har vært fordelt mellom de tre klinikknære komitèene og har hatt følgende tematikk:

USIKKER EVT. MANGLENDE SAMTYKKEKOMPETANSE 5 saker

Det sentrale i disse sakene har vært om pasienten var samtykkekompetent. Dette må vurderes godt, helst i forkant av etiske drøftinger. Senter for medisinsk etikk, UiO (SME) har gitt ut en norsk tilpasning av et skjema for kompetansevurdering (ACE – Aids to Capacity Evaluation). Dette kan lastes ned fra SMEs hjemmesider. Spørsmålet om samtykkekompetanse er ikke egentlig et psykiatrisk spørsmål, og det er meningen (og forutsetningen) at den enkelte kliniker skal kunne bruke ACE som hjelpemiddel til selv å bedømme sin pasients samtykkekompetanse. Med hjemmel i helsepersonelloven §7 (Øyeblikkelig hjelp) vil livsnødvendig behandling kunne gjennomføres med (fortrinnsvis kortvarige) tvangstiltak, selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Men store utfordringer oppleves når pasienten ikke er samtykkekompetent, den aktuelle behandling er livsnødvendig og vil innebære langvarig bruk av tvang eller repeterende episoder med bruk av tvang over et lengre tidsrom. De fleste av disse sakene kommer opp i forbindelse med spørsmål om bruk av tvang som er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

2 av sakene ble meldt KEK fordi klinikerne syntes det var vanskelig og «stå stille» og se på at pasienten gikk glipp av livsviktig behandling.

2 andre ble bragt til KEK for å vurdere om det var forsvarlig å behandle uten pasientens samtykke, og i den ene saken ved evt tvang om nødvendig.

I den siste saken samtykket pasienten til et inngrep, men behandlerne var usikker på hvor konsistent pasientens samtykke/ønske var.

Pasient med samtykkekompetanse møter ikke til behandling.

Når en pasient blir oppfattet å være samtykkekompetent, men allikevel ikke møter til behandling for alvorlig lidelse som kan helbredes med behandling, oppleves det som svært vanskelig for behandlerne å ikke foreta seg noe. Det var neppe grunnlag for tvangsbehandling. Under drøftingen ble det trukket fram ulike tilnærminger for å forsøke å etablere ny tillitsfull kontakt med pasienten.

Pasient med usikker samtykkekompetanse nekter utredning og behandling.

Pasient med psykiatrisk diagnose, virker konsistent i sitt ønske om å legge sin skjebne til høyere makter, og nekter videre utredning og behandling, selv om det er gode muligheter for helbredelse. Det er tvilsomt om pasientens ønske kan og skal respekteres. Det kan fremstå som usikkert om pasienten er i stand til å forstå hva som kan bli konsekvensen av å nekte videre utredning og behandling. Problemstillingen er velkjent. Man kan fatte vedtak om bruk av tvang for å komme i gang med helsehjelpen og om mulig få en sikker diagnose, men vil det hjelpe på pasientens behandlingsvillighet? Kanskje tvert i mot og en langvarig kreftbehandling under tvang vil uansett være vanskelig gjennomførbart, både av hensyn til pasientens opplevelse av langvarig tvang og manglende fasiliteter for slik behandling. KEK oppfordret til å forsøke å bygge en allianse, via andre behandlere rundt pasienten. Psykiatriske pasienter har høyere kreftdødelighet enn andre, selv om ikke kreft rammer denne gruppen oftere. Er dette noe vi er i stand til å endre på?

Er det forsvarlig med bruk av tvang for å få gjennomført livsnødvendig kirurgi på et barn med en utviklingshemming? Loven gir mulighet for bruk av tvang under visse omstendigheter når det ut fra en totalvurdering fremstår som det klart beste for pasienten. For å minske risikoen for traumatisering er det viktig at alt gjøres for at tvangen oppleves så lite invaderende og kortvarig som mulig. Ved å avvente inngrepet til symptomene blir mer fremtredende, vil kanskje barnet selv være mer villig til å la seg operere. Utsettelse av inngrepet vil utgjøre en viss risiko, men kan etisk forsvares ved at man da har håp å slippe og benytte tvang.

Alvorlig syk pasient uten samtykkekompetanse og forståelse for situasjonen.

Det dreier seg om et inngrep, som regnes som rutine, i forkant av helt nødvendig behandling. Man vet ikke sikkert hva pasienten selv ville ønsket. Så lenge man ikke vet hva pasienten ønsker, vil en ta fra vedkommende muligheten til å velge i ettertid, hvis inngrepet ikke blir foretatt. Belastningen med inngrepet kan reduseres ved at det foretas samtidig med annen undersøkelse, risikoen er antatt svært liten. Under drøftingen kom det frem at man vanskelig fant noen god grunn til å fravike rutinen.

En alvorlig psykisk syk pasients ønske om provosert abort, er det konsistent nok? Evt motsatt, ville ønsket om å beholde barnet vært konsistent nok? I denne saken ble pasientens ønske antatt å være konsistent. Saken førte også til en prinsipiell drøfting (se kap.5).

AVSLUTNING AV AKTIV BEHANDLING 3 saker

Dette temaet dreier seg ofte om følelsesmessig belastende problemstillinger hvor pårørende er sterkt involvert og pasientene ofte ikke selv kan uttrykke hva de ønsker. Det kan også være usikkerhet hos behandlerne og utydelige ansvarsforhold mht hvem som er den rette til å ta avgjørelsen. Dette er grunnen til at disse sakene kommer til KEK

Hvor langt man skal gå i å behandle kreftsyke barn? Barnets lidelse må veies opp mot muligheten for å lykkes med behandlingen. Foreldre og personalet kan ha ulikt syn, det kan også være usikkerhet og uenighet i personalgruppen som gjør at sakene bringes til KEK. To saker handlet om dette.

Hvor går grensen for aktiv livsforlengende behandling? En sak hvor behandlingen var ekstremt ressurskrevende og belastende og sjansen for helbredelse var liten, illustrerte dette. KEK vurderte at det ville være etisk forsvarlig å sette klare behandlingbegrensninger for videre aktiv behandling i en slik sammenheng. Etter drøftingen ble det tenkt i nye baner, et annet behandlingsalternativ ble aktualisert.

ASSISTERT SELVSKADING 2 drøftinger

«Assistert selvskading» går ut på at personalet aksepterer en viss grad av selvskading og er til stede for å trygge situasjonen. Denne problemstillingen er ikke ny, bl.a. omtalt i utenlandske artikler.

Temaet har vært oppe i to drøftinger, den siste gangen med pasienten til stede. Vil assistert selvskading kunne forsvares etisk? KEK fant det betenkelig og hadde andre forslag til «veien videre».

INFORMASJONSPLIKT 1 sak

Åpenhet i helsevesenet, - pasientens rett til informasjon er av det gode. Men for pasienter kan åpenheten ha sin pris hvis helsepersonell over-informerer for sikkerhetsskyld, for å ha «ryggen fri». Det er en balanse i dette som man ikke må miste av syne, selv om helselovgivningen pålegger oss åpenhet.

Den etiske problematikken lå i hvorvidt pasienter skulle informeres om mulige komplikasjoner evt. smitte, der sannsynlighet for at dette skal skje er svært liten og som det heller ikke vil ha noen praktisk betydning få vite om på forhånd, siden det ikke finnes behandlingsmuligheter. Slik fakta i saken var, ville et ganske stort antall pasienter måtte leve med en frykt som det nærmest ikke er objektivt grunnlag for. Klinikere må ofte gjøre en vurdering av risiko mot utbytte, slik er det også her.

FORELDRES MEDBESTEMMELSE 1 sak

Hvor stor medbestemmelse skal foreldre ha når det gjelder å nekte behandling. I internasjonal bioetisk litteratur finner man argumenter som støtter foreldrenes rett til å utøve autonomi på barnets vegne, inkludert retten til å si nei til behandling som vil kunne redde barnets liv (med store belastninger). Dette er en problemstilling vi stadig vil møte med den raske medisinske utviklingen. KEK oppfatter at barns selvstendige rettigheter står sterkere i Norge enn i enkelte andre land vi kan sammenligne oss med.

Et nyfødt barn med alvorlig svikt i et organ kan overleve med omfattende behandling (ikke lenger eksperimentell), dog med stor belastning for både barnet og foreldrene i den første behandlingsfasen. Barn som har fått slik behandling rapporteres likevel å ha god livskvalitet (etter et mer belastende første leveår). KEKs vurdering er at foreldrenes oppfatning om hva som er et leveverdig liv ikke er sterk nok grunn til å avstå fra behandling.

KAN VI SETTE KRAV TIL PASIENTER? 1 sak

Kan det stilles krav til pasienter, og under hvilke omstendigheter? Spørsmålene har kommet opp i en krevende spesiell problemstilling og har vært drøftet i KEK 3 ganger tidligere.

Vinklingen denne gang var arbeidsmiljø og personalets sikkerhet. Når en pasient har voldelig og truende adferd, kan det bli svært utfordrende å få gitt langvarig og omfattende livsforlengende behandling. Frykt for ytterligere vold og trusler gjør at personalet vegrer seg med å melde fra til politiet. Det er imidlertid ikke nødvendig at det er den fornærmede som melder selv. Arbeidsgiver kan og bør gjøre det når det straffbare forholdet skjer i arbeidstiden. En tilregnelighetsvurdering vil kunne presse seg frem som følge av politianmeldelser. Slitasjen på personalet er stor, og det var ønske om å flytte pasienten til en annen avdeling, for å spre belastningen. KEK støttet dette forslaget.

Kan hensynet til ressursbruk være et etisk gyldig argument for å stille krav til pasienters oppførsel? Eventuelt med den konsekvens at voldelig og truende adferd fra pasienter i forbindelse med helsehjelp vil kunne medføre at helsehjelp ikke lenger vil bli tilbudt? Problemstillingen gjelder stadig fler pasienter. KEKs representanter har lagt frem saken for nasjonale myndigheter og vil fortsette å løfte saken til overordnet nasjonalt nivå.

5. DRØFTING AV GENERELLE SAKER

KEK har hatt **4 prinsipielle drøftinger**:

En representant fra nevreradiologisk avdeling drøftet endring i forskrift for dødkriteriene med KEK. Hvis CT angiografi også blir akseptert som en metode å konstatere død på i forkant av en organdonasjon, er flere av nevreradiologene på OUS svært skeptiske. De mener metoden ikke er nøyaktig nok, og at det kan være manglende kompetanse på de mindre sykehusene til både å ta og tolke disse bildene. Regionsykehusene vil dermed kunne få en oppgave med å tolke bilder av varierende kvalitet. Dette ville innebære at de må ta et faglig ansvar for tolkning av bilder hvis tekniske kvalitet man ikke har kontroll på. KEK presiserte at leger ikke kan pålegges oppgaver de mener ikke er faglig forsvarlige.

Det er uheldig hvis prosessen rundt utarbeidelsen av det nye forslaget ikke har vært åpen nok. Befolkningens positive holdning til organdonasjon er bl.a. basert på tillit til at de undersøkelsene som foretas er faglig holdbare. Samtidig er det slik at opphevet hjernesirkulasjon som kriterium for død er i ferd med å bli "et særnorsk fenomen", i det en rekke andre land ikke praktiserer dette. Det bør kanskje diskuteres om det er rimelig å opprettholde dette kriteriet, hvis metoden for å konstatere om kriteriet er oppfylt skal endres til en metode mer mindre sensitivitet og spesifisitet.

Rutineransaking i psykiatrisk- og spesialisert rusbehandlingsenhet har vært drøftet. De ansatte opplever det vanskelig å forene lovgivers forbud mot rutineransaking med forsvarlig drift av psykiatrisk sengeenhet. Det er m.a.o. vanskelig å overholde loven. KEK sendte en oppfordring til klinikkleder om å ta denne problemstillingen på nytt opp med Departementet: Når kan det forventes en eventuell lovhjemmel/retningslinje om rutinemessig ransaking i psykiatriske- og spesialiserte rusbehandlingsavdelinger?

Håndtering av multiresistente bakterier er drøftet med leder for smittevernavdelingen. KEK fulgte smittevernavdelingens tanke om hvordan de praktiserer denne krevende utfordringen. KEK er også opptatt av hvordan få personalet til å skjerpe seg ifht håndvask og andre vanlige smitteverntiltak ellers. At helsepersonellet overholder håndvask m.m. er av vesentlig betydning, men renholdet på avdelingene er også av stor viktighet. Multiresistente bakterier er et betydelig samfunnsproblem, som må tas på alvor av alle.

Prevensjon til alvorlig psykisk syke pasienter er et forsømt område, psykotiske pasienter blir ikke rutinemessig fulgt godt nok opp når det gjelder prevensjon og uønsket graviditet. KEK vil sette videre fokus på dette i klinikken. Har psykiatrien godt nok fokus på pasientenes somatiske velvære? Det er en del av denne problematikken som må løftes. Saken ble også lagt fram på det nasjonale Høstseminaret i regi av Senter for Medisinsk etikk.

6. PRESENTASJON AV KEK, FOREDRAG INTERNT OG EKSTERNT

Det er holdt 29 presentasjoner/foredrag om KEK og KEKs arbeid internt på sykehuset. Eksternt er det holdt 16 presentasjoner/foredrag, bl.a. i regi av Senter for medisinsk etikk, Legeforeningen (LIS kurs), for Helserechtsavdelingen i HOD, ved A-hus, og ved Sykehuset Innlandet, Elverum. Som det framgår av nedenstående liste har mange av komitémedlemmene bidratt til denne synliggjøringen av den kliniske etikken.

Dato	Sted	Representant fra KEK
	Klinikkene	
09.01.15	Orienterert om prioriterings NOU'en på Stabsmøte RH	Reidun Førde
21.01.15	"Hva er Klinisk Etikk-komite?" Rehabiliteringsavd. Aker sykehus	Oona Dunlop
28.01.15	"Hva er Klinisk Etikk-komite?" Hjertesengepost, Ullevål sykehus	OD
04.02.15	Presentasjon av KEK på nyansattdag	OD
11.02.15	"Hva er Klinisk Etikk-komite?" Ortopedisk poliklinikk, Ullevål	OD
24.02.15	"Hva er Klinisk Etikk-komite?" Obs-posten, Ullevål	OD
25.02.15	"Etisk aften", 2,5 timer for sykepleierne på Lungeavd., Ullevål	OD
02.03.15	"Hva er Klinisk Etikk-komite?" for turnuskandidatene, Ullevål	OD
03.03.15	Presentasjon av KEKs årsrapport på Sentralt pasientsikkerhetsutvalg	Thor Willy Ruud Hansen
Mars 15	Presentasjon av KEK på RSA «Etikk og verdivalg i hverdagen»	Eileen Paus
April 15	Presentasjon av KEK på DPS	Petter Flesjø
21.04.15	Presentasjon av KEK for nyansatte leger	Ingvil Ystgaard Kjelstad
22.04.15	Presentasjon av KEK på nyansattdag	TWRH
20.05.15	Presentasjon av KEK på avd. for miljø og arbeids medisin	Marc Ahmed
03.06.15	Presentasjon av KEK på nyansattdag	OD
08.06.15	"Hva er Klinisk Etikk-komite?" verneombud og tillitsvalgte , Medisinsk klinikk, Ullevål	OD
01.09.15	Fagdag Barneintensiv RH. "Hva er Klinisk Etikk-komite? Trenger Barneintensiv KEK?"	TWRH

03.09.15	"Hva er Klinisk Etikk-komite?" LIS leger Medisinsk klinikk	OD
07.09.15	Brukerutvalget og ungdomsrådet OUS, introduksjonsseminar, "Ethiske dilemmaer som brukerrepresentant"	TWRH
08.09.15	Fagdag Barneintensiv RH. "Hva er Klinisk Etikk-komite? Trenger Barneintensiv KEK?"	Unni Veirød
09.09.15	Presentasjon av KEK på nyansattdag, "KEK- har du bruk for den?"	TWRH
10.09.15	Foredrag for legene på Barneavd OUS: "The value of a trial of therapy - football as a proof of concept".	TWRH
06.10.15	Klinisk etikk, Barneavdelingen på Ullevål	OD
22.10.15	Presentasjon av KEK på nyansattdag, "KEK- har du bruk for den?"	TWRH
20.11.15	Lungeavdelingens årsseminar på Holmsbu	OD
24.11.15	Presentasjon filming av pasienter på Sentralt Pasientsikkerhetsutvalg	OD
02.12.15	Internundervisning for reumatologisk avdeling	TWRH
02.12.15	Presentasjon av KEK på nyansattdag	IYK
03.12.15	Presentasjon filming av pasienter i KKN klinikken (kirurgi og nevrofag)	OD
	Eksternt	
09.02.15	Rotary Skedsmokorset, Ethiske utfordringer i helsevesenet	TWRH
24.02.15	Centralkirken Oslo, Ethiske utfordringer i moderne helsestell	TWRH
05.03.15	Senter for med.etikk UIO, «Hvordan skrive gode KEK referater»,	UV
19.03.15	Administrasjon og ledelse for LIS leger (Røros), Etikk, 3 timer	OD
13.04.15	KEK Innlandet, Elverum: Presentasjon av KEK OUS, lede work-shop	TWRH
02.06.15	Helserettsavdelingen, HOD (Hurdal), "Avslutning av livsforlengende beh. Autonomi og samtykkekompetanse. Hvem kan si nei?"	TWRH
17.06.15	KEK Ahus, Presentasjon av KEK OUS og arbeidsformer	BHL
10.09.15	Seminar videreutdanningen i Nyfødtsykepleie ved Lovisenberg Diakonale Høgskole, "Etikk i nyfødtavdelingen".	TWRH
24.09.15	Brukerkonferanse for Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister, «Foreldrenes ivaretagelse av barns autonomi - et etisk perspektiv».	TWRH
30.09.15	Legeforeningen, Ledelse og administrasjon, Etikk (Røros)	OD
06.10.15	Lovisenberg Diakonale Høgskole - Temadag om lidelse og lindring. «Livets slutfase i intensivavdelingen - medisinske beslutninger.»	TWRH
14.10.15	Legeforeningen, Etikkundervisning på Intensivkurs for LIS (Oslo)	OD
10.11.15	Senter for medisinsk etikk UIO, Høstseminar, presentasjon av sak	KU
18.11.15	Malaysia, Kuala Lumpur, 2nd Inter Conference: Bioethics and professional practice: "Patient autonomy - what does it mean for clinical decisions-making in children?"	TWRH
18.11.15	Samme konferanse: Bioethics and professional practice: "Organizing and implementing clinical ethics work in a hospital." Work-shop organisert i samarbeid med Stefan Kutzsche.	TWRH
01.12.15	Foredrag Medisinsk etikk for Røde Kors, Haugesund	Egil Eide

7. ÅPENT SEMINAR

«Filming av pasienter» var et samarbeid mellom alle OUS KEKene, arrangert på Ullevål 7.10.15. KEK har lenge har vært opptatt av kommersiell filming av pasienter til bruk i f.eks. TV serier, fordi det er etisk problematisk. Personvern, «frivillig» samtykke, samtykke på barns vegne, senvirkninger av å bli eksponert i media er utfordringer i dette. KEK har også blitt kontaktet av klinikere som har opplevd en slags forventning om at de skal åpne opp for filming i sin klinikk/avdeling og bedt om klarere ansvarslinjer og en evt overordnet strategi på dette. Seminaret ble godt mottatt, det var 50-60 deltagere, og temaet ble tatt videre til det sentrale pasientsikkerhetsutvalget 24.11.15. Prosedyren

«fotografering og filming» revideres på bakgrunn av innspill i kvalitetsutvalget og det skal dannes et bredt sammensatt råd som skal vurdere alle forespørslene om filming. KEK har ved tidligere anledning skrevet to betenkninger til sykehusledelsen om dette. [Brev til Adm dir av 16.12.2012](#) og brev til [Adm dir av 12.06.2014](#).

8. EVALUERING AV KEK-ARBEIDET

KEK ble av direktør Eva Bjørstad ved slutten av fjoråret bedt om å evaluere sitt arbeid. Evalueringen skulle ta utgangspunkt i det nasjonale mandatet for kliniske etikk-komiteer, og skulle utføres av komiteen selv. Grunnarbeidet for evalueringen ble utført på et internt seminar for medlemmene i den sentrale komiteen primo februar 2015, og deretter sendt til kommentering blant KEK-medlemmene. Selve [evalueringsskjemaet](#) er lenket her, men konklusjonen refereres:

"Arbeidet i KEK OUS har nå vært drevet i 3 år etter den modellen som ble beskrevet innledningsvis, og det syntes både riktig og nyttig å foreta denne evalueringen. Vi mener at vårt arbeid i stor grad følger de retningslinjene som er lagt i det nasjonale mandatet, så vel som i manualen for kliniske etikk-komiteer. På punkter der vår praksis til en viss grad kan sies å være litt forskjellig fra mandatet (f.eks. mht bruker-representanter), mener vi å ha argumentert for at vår praksis likevel imøtekommer de tankene som ligger til grunn i mandatet."

9. HØRINGER OG UTTALELSER

KEK har avgitt [høringsuttalelse](#) til NOUen om "Åpent og rettferdig", om prioriteringer i helsevesenet. I forkant av dette hadde KEK et internseminar om temaet og en presentasjon på stabsmøtet i januar.

10. DELTAGELSE I KURS, KONFERANSER, UTDANNING

SMEs innføringskurs for nye KEK medlemmer 19-20. okt.15:

Ida Krag Rønne Mannsåker og Eivor Nesheim

Deltagere ved SMEs høstseminar 09-10.nov.15:

Thor Willy Ruud Hansen, Berit Hofset Larsen, Tor Aksel Aasmundstad, Pirjo Suominen, Egil Eide, Ida Krag Rønne Mannsåker, Eivor Nesheim, Ingvil Ystgaard Kjeldstad, Stian Bonnevie Arntzen, Magne Stendal, Karin Ueland, Nanna Gjersøe, Trine Lise Bakken, Runar Eikeset, Maria Knutzen, Eli Lund Magnusson, Eileen Paus, Kari Bakke Larring, Knut Reyter, Unni Veirød

11. PUBLIKASJONER AV KEK MEDLEMMER

Guillén, Ú., Weiss, E.M., Munson, D., Maton, P., Jefferies, A., Norman, M., Naulaers, G., Mendes, J., da Silva, L., Zoban, P., **Hansen, T.W.R.**, Hallman, M., Delivoria-Papadopoulos, M., Hosono, S., Williams, C., Boyle, E., Lui, K., Darlow, B., Kirpalani, H. International comparison of guidelines for the management of extremely premature deliveries: A systematic review. Pediatrics 2015; 136: 343-50. DOI: 10.1542/peds.2015-0542.

Hansen, T.W.R. Kliniske etikk-komiteer og behandling av barn. Nord Tidsskr Barnepall 2015; 2: 13-

12. ØKONOMI

KEK er administrativt underlagt stabsenheten for Pasientsikkerhet og Kvalitet som ledes av direktør Eva Bjørstad og har sin økonomi knyttet til denne. Stabsenheten finansierer 0,9 stillinger knyttet til KEK, fordelt slik:

Sekretær	50%
Leder Sentral KEK og KEK RH/DNR	30%
Leder KEK U-A	10%

Vi ser klart at det ikke hadde vært mulig å drive KEK-arbeidet på seriøst vis uten disse stillingsandelene, og konstaterer med tilfredshet at sykehusledelsen på denne måten signaliserer sin oppfatning om at KEK-arbeidet er viktig for sykehuset.

KEK har ikke noe eget budsjett, men vi har så langt fått de midlene vi har trengt til vår virksomhet fra stabsenheten. På bakgrunn av sykehusets pressede økonomiske situasjon har vi tilstrebet å være "edruelige" i vårt forbruk, og har prioritert midler til utdanning/kursing av nye medlemmer og til deltagelse i det nasjonale høstseminaret for KEKene.

VEDLEGG:

Seminarplakat: Filming av pasienter

Filming av pasienter

Åpent seminar onsdag 7. oktober 2015, kl.12.30 - 15.30

Ullevål sykehus, Kreftsenteret, bygg 11.

Arr: Klinisk etikkomite (KEK) OUS. Møteleder: Oona Dunlop, leder KEK Ullevål

- Innledning ved Oona Dunlop, overlege Medisinsk intensiv OUS
- Eksempler på filming
- «Hvorfor TV fra sykehus?»
 - Produksjonsselskapet ITV Studios Norway
- «Filming - god PR?»
 - Nina Gausdal Try og Bjørn Tiller, Kommunikasjons avd. OUS
- «Hva tillater loven?»
 - Vibeke Eggen Berg, juridisk rådgiver OUS
- Ulike pasienterfaringer
- «Ingen filming i min klinikk»
 - Øyvind Skråstad, klinikkleder Akuttklinikken OUS
- «Klinikers erfaring med å bli filmet»
 - Torbjørn Steen, lege Fødeavdelingen OUS
- «Blikk fra personvernombudet»
 - Helge Grimnes personvernrådsgiver OUS
- Oppsummering og etiske refleksjoner
 - Reidun Førde, professor Senter for medisinsk etikk UIO
- Diskusjon

