

Årsmelding 2018 for Klinisk etikk-komité, Helse Bergen

Innhold

Innhold	1
Mandat	2
Medlemmer	2
M�ter	2
Metode	3
Arbeidsoppgaver i 2018	4
Behandling av saker med forespørsel om r�d	4
Behandling av generelle saker	8
Innspill til høringsuttalelser	10
Åpne seminarer for alle ansatte	11
Seminar/fagdager/annen undervisning:.....	12
Annet	13
Internasjonalt samarbeid.....	14
Forskning.....	14
�konomi	14
Kompetanseheving	14
Profilering	14
Hovedutfordringer og målsettinger for 2019.....	15

Mandat

Klinisk etikk-komité skal:

- Bidra til økt etisk bevissthet og kompetanse om verdispørsmål knyttet til pasientbehandling
- Bidra til økt forståelse av forholdet mellom klinisk-etiske problemstillinger og spørsmål knyttet til ressursbruk og prioriteringer i foretakene
- Bidra til at pasienter og pårørende blir godt ivaretatt i møtet med spesialisthelsetjenesten
- Bidra til økte ferdigheter i å identifisere, analysere og avklare etiske problemer og dilemmaer
- Stimulere til systematisk etisk refleksjon og bistå i drøfting av konkrete etiske utfordringer før og/eller etter at beslutningen tas
- På forespørsel gi råd om hvordan konkrete etiske problemer kan løses
- Være åpen og ikke-diskriminerende i livssynsspørsmål
- Bidra til virksomhetens kvalitetsarbeid

Medlemmer

- Dag Moster, overlege Nyfødtintensiv, Barne- og ungdomsklinikken, leder fra 1/7-17 i 20% stilling
- Eirik Tranvåg, stipendiat i medisinsk etikk, UiB, sekretær fram til 1/7-18 (10% stilling)
- Ingrid Miljeteig, 1. amanuensis medisinsk etikk (UiB), spesialrådgiver og sekretær i KEK (20% stilling), permisjon fram til 1/9-18
- Inge Fiskvik, Brukerutvalget, frem til september 2018
- Agnar Bjelland, vara frem til september 2018, deretter medlem, Brukerutvalget
- Ole Frithjof Norheim, professor i medisinsk etikk (UiB)
- Anne Kristine Breivik, jurist, Foretakssekretariatet
- Rune Fanebust, overlege MIO, Hjereteavdelingen
- Olav Hevrøy, overlege, palliativt team, Kirurgisk serviceklinikk
- Cathrine Bjorvatn, genetisk veileder og leder av Læring og mestringssenteret
- Inger Sofie Stensland, jordmor, leder rådgivingscenteret på Kvinneklinikken
- Leila Hodali, spesialist i allmenntilleggsmedisin og psykiater, Kronstad DPS
- Helge Alsaker Solheim, sykehusprest, Seksjon for prestetjeneste og etikk
- Ragnar Eldøen, intensivsykepleier, intensivmedisinsk seksjon, Kirurgisk serviceklinikk
- Merete Moberg, spesialsykepleier, Kreft post 1, Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk

Møter

Månedlige faste møter med hele komitéen samlet à 2 timer (unntatt i juli og august). I tillegg har det i 2018 vært ett hastemøte der medlemmer av komitéen er kalt inn på kort varsel. Også flere uformelle møter med pårørende/helsepersonell/andre i forkant/etterkant av møter. Ukentlige eller hyppigere møter mellom leder/stedfortredende leder og sekretær.

Metode

Ved behandling av konkrete saker etterstreber komitéen å få til møte med berørte parter i saken, herunder pasient eller pårørende. Vi forsøker at alle som kan informere komitéen om saken møter samtidig. I de sakene der dette ikke er mulig etterstreber komitéen at flere av medlemmene møter pasient eller pårørende der de ønsker det, eller snakker med dem på telefon i forkant.

Alle som blir invitert til komitéen blir informert skriftlig og muntlig om komitéen og dens funksjon og arbeidsmåte i forkant av møtet og/eller saksbehandlingen.

Alle involverte parter som har vært i kontakt med komitéen får tilsendt uttalelsen fra komitéen og gis mulighet til å ta kontakt med komitéen igjen dersom noe er uklart eller feil. Det blir behandlingsansvarlig lege/kontaktperson i avdelingen som får ansvar for videre håndtering av notatet, og som legger det i pasientens journal i de tilfellene der det er aktuelt.

For drøfting av saker brukes 7-trinns etisk analyse:

7 TRINNS ETISK ANALYSE

Før analysen kan gjøres må komitéen ha tilstrekkelig informasjon til å kunne svare på de sju spørsmålene.

1. Hva er det etiske dilemma og hva er alternative løsninger?
2. Hva er kunnskapsgrunnet for alternative utfall?
3. Hvilke lover/retningslinjer regulerer beslutningene?
4. Hvem er involverte parter?
5. Hva er eventuelle goder og byrder for involverte parter?
6. Hvilke/hvem sine interesser er i konflikt?
7. Hvilke verdier og prinsipper står på spill?

Etter å ha systematisert informasjonen gjennom disse sju spørsmålene kan komitéen diskutere hva som er viktigst å legge vekt på, klargjøre avveininger og foreslå hva som kan være etisk akseptabel løsning eller løsninger i saken. Dette kan videre formuleres som et råd.

Arbeidsoppgaver i 2018

Behandling av saker med forespørsel om råd

Hastesak

Sak meldt fra Kvinneklinikken der det var påvist alvorlig genfeil hos fosteret og hvor foreldrene og behandlerne var noe uenige om hvordan fødselen skulle planlegges og gjennomføres. KEK møtte de to foreldrene, to overleger fra Kvinneklinikken samt en overlege fra Barne- og ungdomsklinikken i Helse Bergen i felles møte. Det sentrale momentet var vurderingen av forventet nytte for fosteret ved overvåking under fødsel sett opp mot den økte risikoen mor utsettes for ved et eventuelt haste-keisersnitt. Komitéen la i sin konklusjon til grunn at nytten av overvåking for fosteret ved den aktuelle tilstanden var svakt dokumentert og nesten ikke-eksisterende og at risiko for mor er økt ved keisersnitt. Komitéen mente derfor det var etisk akseptabelt å ikke overvåke fødselen for å unngå økt risiko for keisersnitt hos mor.

Saker med normal behandlingstid

1. Sak meldt fra Avdeling for rusmedisin (AFR) i Helse Bergen. AFR mottar i økende grad henvendelser fra pasienter som av ulike årsaker ønsker å trappe ned og avslutte LAR-behandlingen (legemiddelassistert rehabilitering). En slik avslutning er generelt noe som frarådes fra avdelingen, da det angis dårlige prognoser og høy grad av sykелighet og dødelighet hos de som avslutter behandling. Det finnes ikke generelle anbefalinger eller retningslinjer fra sentrale myndigheter for hvordan en nedtrapping og avslutning av LAR-behandlingen skal foregå, men det er faglig konsensus i AFR om at en kontrollert poliklinisk nedtrapping, eventuelt med døgnbehandling i siste del, er å anbefale. De fleste pasientene går med på en slik plan, men et mindretall ønsker et annet forløp med langvarig døgnbehandling under hele nedtrappingen. Dette skaper en konflikt mellom disse pasientenes eget ønske og det behandlerne anser som god faglig praksis. Dersom pasientens ønske ikke etterkommes, øker risikoen for at pasienten avslutter LAR-behandlingen på en ukontrollert måte, og dette øker risikoen for overdoser og død. Med dette som bakgrunn ble KEK kontaktet og bedt om en vurdering.

Til KEK-møtet møtte tre ansatte ved AFR: overlege, psykologspesialist og seksjonsleder som la fram saken. Komitéen gjennomgikk om det er etisk forsvarlig å avslå ønsket fra LAR-pasienter som ønsker langvarig døgnbehandling under hele nedtrappingen.

KEK vurderte om det kan være etisk forsvarlig å avslå ønsket fra LAR-pasienter som ønsker langvarig døgnbehandling under hele nedtrappingen og at AFR holder fast ved tilbudet om poliklinisk nedtrapping som en hovedregel. En totalvurdering av hver enkelt pasient må imidlertid ligge til grunn for denne avgjørelsen. Det som regnes

som god faglig praksis må være førende. Det kan alltid finnes unntakstilfeller som avviker fra hovedregelen. Slik KEK oppfatter det, er kunnskapsgrunnlaget for de ulike nedtrappingsstrategiene ikke solid. Usikkerhet rundt evidensen gjør at man i relativt stor grad bør vektlegge individuelle faktorer. Dersom ansvarlig helsepersonell etter den individuelle vurderingen er usikker på hva som er riktig behandling for den aktuelle pasienten, mener KEK at hensynet til ressursbruk bør tilsi at poliklinisk nedtrapping fortsatt anbefales. Dersom de individuelle faktorene sterkt tilsier at døgninnleggelse under hele nedtrappingen vil være riktig, mener KEK at dette i noen tilfeller kan være etisk forsvarlig.

Likebehandling er et sentralt prinsipp i det norske helsesystemet. KEK mener derfor at det vil være riktig at det utarbeides nasjonale retningslinjer eller andre føringer for hvordan nedtrapping og avslutning av LAR-behandling skal tilbys og organiseres.

2. Sak meldt av Medisinsk avdeling. Saken gjaldt uenighet om behandlingstilbud til pasient med en kronisk sykdom. Pasienten har hatt sykdommen i flere ti-år og har periodevis dårlig respons på behandling. Behandlingsalternativet som er sterkest anbefalt av helsepersonell er avslått fra pasienten fordi pasienten vurderer at denne behandlingen vil redusere livskvaliteten i betydelig grad. Det aktuelle er at pasienten den siste tiden har forsøkt en ny type medisin som er kostbar og som pasienten selv mener har god symptomlindring. Behandlende lege mener imidlertid ikke å finne objektiv støtte ved tilleggsundersøkelser for at medisinen har effekt og ønsker derfor å ta denne behandlingen vekk igjen.

KEK møtte pasienten, pasientens fastlege, to leger fra behandlende avdeling og en lege fra samarbeidende avdeling til felles møte. Komitéen vurderte om det er etisk akseptabelt å avslutte behandling med den spesifikke medisinen når behandlerne vurderer det slik at den ikke har effekt, selv om pasienten mener at den har det.

Komitéen konkluderte med at dersom behandlerne mener at de har gode kriterier for å vurdere effekten av behandlingen med den aktuelle medisinen, og at disse tilsier manglende effekt av behandlingen, så mener KEK det vil være riktig å avslutte behandlingen selv om pasienten selv mener at den virker. Komitéen fikk inntrykk av at det var faglig enighet blant legene på behandlende avdeling om at behandlingen ikke har effekt. Hensynet til likebehandling av pasienter med samme type sykdom tilsier da at behandlingen kan avsluttes. I tillegg er dette en dyr medisin, og hensynet til rettfærdig ressursbruk støtter denne konklusjonen. Er det faglig usikkerhet om det foreligger effekt av behandlingen, kan avdelingen vurdere om det kan være aktuelt å innhente synspunkt fra et annet sykehus med samme kompetansenivå (såkalt «second opinion»). Dette kan også pasienten be om, men det er opp til ansvarlig behandler/avdeling å ta stilling til om dette ønsket skal etterkommes.

3. Sak fra en avdeling for å diskutere en problemstilling på generelt grunnlag. I utredning av barn med mistenkt genetisk sykdom blir det enkelte ganger utført såkalte trio-analyser der det tas prøver fra barn og begge foreldre og hvor DNA fra barn og foreldre blir sammenlignet. Denne prøven er avhengig av at det er de biologiske foreldrene til barnet som avgir prøve. Prøven vil kunne avdekke at mannen som har avgitt prøve ikke er biologisk far til barnet. I disse tilfeller må man anta at den sosiale faren ikke er klar over at han ikke er den biologiske faren. Spørsmålet er da om det i disse tilfeller er etisk akseptabelt for avdelingen å unnlate å informere om at sosial far ikke er barnets biologiske far?

Til møtet med KEK møtte fire leger fra avdelingen som la fram ulike synspunkter rundt denne problemstillingen.

KEK konkluderte med at det er tungtveiende etisk grunner for at informasjonen ikke kan holdes tilbake: For det første bygger utredningen og prøvetakingen på en felles intensjon mellom behandlere og pasient/foreldre. Når denne utredningen ikke lar seg gjennomføre, mener KEK at årsaken til at dette ikke lar seg gjennomføre er relevant informasjon som både pasient/foreldre må få vite om. For det andre må man forutsette at avdelingen på forhånd har vurdert nytteverdien av prøvetakingen og man må derfor anta at det er en ikke ubetydelig potensiell nytte av de genetiske analysene. Dette fordrer at man kan ta prøve av barnets biologiske far, som igjen krever at det informeres om resultatet av testen. For det tredje mener KEK at de negative konsekvensene av at helsevesenet holder tilbake informasjon for pasienter er store. Dette vil kunne bidra til svekket tillitt mellom helsevesenet og pasientene.

På dette grunnlaget mener KEK at den etisk riktige løsningen er å ikke holde informasjon tilbake i de tilfeller avdelingen avdekker at sosiale far ikke er barnets biologiske far. Videre anbefalte KEK at det utvikles rutiner som sørger for at pasienter på forhånd blir informert om risikoen for slike farskapsfunn. Det kan også synes som det er behov for nasjonale retningslinjer eller føringer som kan sikre lik informasjon og behandling for det økende antallet pasienter som tar slike genetiske tester.

4. Sak fra en medisinsk avdeling, to behandlere møtte i komitéen og presenterte saken. Pasienten var ikke tilgjengelig for å delta i møtet, men fikk tilbud om å være med. Saken dreide seg om en ung pasient som avhengig av hva blodverdiene viste, trengte en spesifikk behandling eller ikke. Pasienten ønsket å få denne behandlingen til tross for at blodverdiene ikke viste kritisk nivå, da pasienten skulle reise bort i jobbsammenheng. Pasienten var redd for å miste jobben og det var derfor svært viktig for pasienten å kunne ta oppdraget. «Forebyggende» behandling er ikke indisert i retningslinjene og behandlingen koster over 50 000 pr behandling. Avdelingen hadde gått med på å gi pasienten behandling selv om det ikke var medisinsk indikasjon ved ett tilfelle, men opplevde at dette ikke var rett bruk av

ressurser og ville være forberedt til hva de skulle si til pasienten neste gang dette kom opp, noe som de oppfattet som ganske sannsynlig.

Komitéen diskuterte saken og kom til at vi støttet behandlingsansvarlig i at pasienten måtte informeres om at det ikke skulle gjøres unntak fra å følge retningslinjene selv om dette medførte at pasienten enten ikke kunne jobbe eller utsatte seg for høy risiko ved å jobbe. I dette tilfellet krevde pasienten noe som ikke var «nødvendig helsehjelp» og det oppstod en interessekonflikt mellom pasienten og andre pasienter som trengte de samme ressursene.

Behandling av generelle saker

Orientering om øvrige saker

Det har også kommet henvendelser til komitéen om pasientsaker der andre instanser enn KEK har vært vurdert som mer hensiktsmessige for innmelder slik som Ekspertpanelet (Nasjonalt organ for rådgiving ved alvorlig livsforkortende sykdom) og klageinstanser ved sykehus/fylkeslege. Komitéen har da etter kommunikasjon med innmelder rådet denne til å ta saken opp ved disse instansene.

Da vi ikke hadde fått meldt saker til møtet i oktober og desember, presenterte to av medlemmene anonymiserte problemstillinger fra egen avdeling.

- a) Utfordringer knyttet til pasienter som er ferdigbehandlet på psykiatrisk post, men som ikke har fullverdig tilbud i kommunen (trenger døgnbemannet bolig). Flere av sengene på psykoseposten er opptatt av pasienter som er ferdigbehandlet, samtidig som det er mange pasienter som trenger denne behandlingen, men ikke får. Disse pasientene blir værende på Psykiatrisk akuttmottak, andre avdelinger eller bor hjemme med et ikke godt nok poliklinisk tilbud. Frem til nå har kommunen ikke fått bøter el. når de ikke har klart å få på plass tilbud/bolig til disse pasientene. Dette skal endres.

Komitéen diskuterer saken og ser på dette som en sak om ressursbruk og rettferdig prioritering. Vi ber aktuelle avdelinger vurdere om saken kan meldes til komitéen for å få en full drøfting.

- b) Utfordringer knyttet til gravide som er eller blir 38 år i løpet av svangerskapet. På grunn av økt risiko for kromosomavvik blir disse kvinnene tilbudt fosterdiagnostikk, herunder tidlig ultralyd, tidlig i svangerskapet. Enkelte som kommer til rutine-ultralyd på KK, har ikke med seg informasjon om at de har vært på tidlig ultralyd eller ikke. Det er da vanskelig å vite om de har fått dette tilbudet presentert og takket nei, eller om de ikke har fått informasjon om denne muligheten. Erfaringsmessig er det som oftest kvinner over 38 med utenlandsk opprinnelse som ikke har gjennomført tidlig ultralyd. Ansatte på KK finner det spesielt vanskelig å ta dette opp i de tilfellene der de finner avvik ved fosteret. Ved at det hadde blitt gjort tidlig ultralyd og denne informasjonen hadde kommet frem tidligere, kunne en ha tatt beslutningen om å avbryte svangerskapet eller ikke tidligere i graviditeten.

Komitéen diskuterer saken. Det er utfordringer knyttet til nytten av denne informasjonen (ingen medisinsk konsekvens), informasjonsplikt, samhandling med fastleger som skal informere kvinnene om denne retten som de har, og befolkningens tillit til helsevesenet. Det er en spesiell utfordring knyttet til at dette er kvinner som ikke snakker godt norsk.

Komitéen ber Kvinneklinikken vurdere om de ønsker at saken skal meldes til komitéen og at de som opplever situasjonen som vanskelig får orientere oss om saken.

Innspill til høringsuttalelser

KEK ved sekretær Miljeteig ble bedt av viseadministrerende direktør Clara Gram Gjesdal om å lede arbeidet med høringssvar på rapporten «Prioritering på klinisk nivå» fra HelseDirektoratet. Vi diskuterte først rapporten i komitéen, Miljeteig skrev et utkast til svar og inviterte klinikere til et felles høringsmøte. Rapporten og forslag til høringsinnspill ble diskutert i et møte med omtrent 30 representanter fra de ulike kliniske avdelingene (inkludert psykiatri, rus, rehabilitering, ulike kirurgiske fag, kreft, gynekologi, pediatri, nevrologi, kardiologi og medisinske fag).

Svar fra Helse Bergen ble presentert i høringssvar fra Helse Vest:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Høringer/Prioritering%20på%20klinisk%20nivå%20-%20høringssvar%20Helse%20Vest%20RHF.pdf>

Åpne seminarer for alle ansatte

25.04.18: Respekt for pasientautonomien - eller plikt til å hjelpe?

Åpent møte om de vanskelige valgene i skjæringspunktet mellom pasientens rett til selvbestemmelse og helsepersonellens ønske og plikt til å gi god behandling.

Program:

13:30–13:35: Velkommen Dag Moster, leder i KEK

13:35–13:55: Tre kasuistikker fra HUS

13:55–14:20: Pasientens rettigheter og helsepersonellens plikter.

Henriette S. Aasen, professor, Juridisk fakultet, UiB

14:15–14:40: Hvorfor er autonomi så viktig?

Espen Gamlund, professor, Filosofisk institutt, UiB

14:45–15:30: Diskusjon og dialog

29.10.18: Konsekvenser på avdelingsnivå ved innføring av nye, dyre medisiner

Program:

13:30–13:35: KEK ønsker velkommen, ved leder Dag Moster

13:35–13:40: Konsekvenser av innføring av nye, dyre medisiner sett fra ledelsen på sykehuset. Ved direktør Eivind Hansen

13:40–14:10: Hvordan kan/bør nye, dyre legemidler finansieres? Ved Jon Magnussen, professor i helseøkonomi, NTNU

14:10–14:30: I krysningspunktet mellom evidens, økonomi og retningslinjer - erfaringer fra klinikken. Ved seksjonsoverlege Øystein Fløtten, lungeavdelingen

14:30–14:50: Konsekvenser av innføring av nye, dyre medisiner - slik vi ser det. Ved professor Lars Bø, nevrolog og MS-forsker, nevrologisk avdeling

14.50–15.30: Panel og plenumsdiskusjon, ledet av Ole Frithjof Norheim, professor i medisinsk etikk UiB og KEK-medlem. (Magnussen, Fløtten, Bø, Gjesdal og Hansen sitter i panelet)

Seminar/fagdager/annen undervisning

- Moster
 - «Modell for etisk vurdering». Foredrag på «Nordic Training in Paediatric Anaesthesia for Anaesthesia Nurses», Bergen, februar 2018
 - «Klinisk etikk komite» Foredrag for Divisjonsledelsen i Psykisk helsevern, Helse Bergen, oktober 2017
 - «Keisersnitt mot kvinnens ønske». Etikk-foredrag ved Norsk gynekologisk forenings årsmøte, Oslo, oktober 2017.
 - «Vildanden anno 2018 – Non-paternitet i genetiske analyser». Foredrag ved Nasjonalt høstseminar for klinisk etikk-komiteer, Oslo, november 2018
 - «Etske problemstillinger». Foredrag på Emnekurs i generell gynekologi for leger, Bergen, november, 2018.
 - «Er det noen ganger etisk akseptabelt å lyve for pasienten?» Foredrag, Barne- og ungdomsklinikken, desember 2018.
 - «Klinisk etikk komite - Etske problemstillinger». Foredrag ved Øyane Distriktpsikiatriske senter, Straume, desember, 2018.
- Norheim:
 - 14.12.18: Lederfrokost på HUS: «Prioritering og ledelse: hva skal ikke prioriteres?»
- Breivik:
 - 11.04.18. Etikk og jus. For legestudenter 2. semester
- Miljeteig:
 - 26.09.18: Fysioterapiavdelingen (3 timer): Generelt om etikk, KEK og dilemma i fysioterapi, diskusjoner med utgangspunkt i innsendte case.
 - 02.10.18: Ortopedisk avdeling (1 time): Etske dilemma ved tvang, vold, trusler og aggresjon
 - 19.11.18. Prioriteringsarbeid i sykehus – erfaringer fra Helse Bergen
 - 20.11.18. Etikk og kommunikasjon for ledere – erfaringer fra Haukeland (Solheim og Miljeteig)
- Solheim:
 - Fire 3-timers kurs i etikk og kommunikasjon for ansatte Hospitaldrift (i mai og juni)
 - «Invisible colleagues and undescribed dilemmas. Experiences from an ethics intervention among non-clinical hospital staff» Presentasjon på årskonferansen for The European Association of Centres of Medical Ethics (EACME), i Amsterdam
 - «Moralsk stress og moralsk resiliens» Foredrag på åpent seminar for alle ansatte på SUS i regi av KEK ved SUS

Annet

- Gjennomføring av ledermodul i «Etikk og Prioritering» som en del av lederutviklingsprogrammet i Helse Bergen våren 2018. Modulen består av et heldagskurs for ledere for ca. 20-30 deltakere pr kurs. Kurset er bygget opp av to deler «prioritering» og «klinisk etikk» og inneholder forelesninger, spesielt med fokus på leders rolle og ansvar i prioriteringsarbeid og i klinisk etiske avgjørelser, samt gruppearbeid og øvelser. Ved Miljeteig (Ledermodul høsten 2018 ble avlyst)
- Etikk og kommunikasjonsprosjekt på Kreft post 2. Fortsettelse av prosjekt startet i 2017 og er nå utvidet til å inkludere Kreft 1. Målet med prosjektet er a) å bygge opp tillit og forståelse for hverandres roller innad i teamene, b) å få felles referanser for noen situasjoner som de opplever som krevende å håndtere og c) å få en arena for å formidle sine perspektiver og drøfte utfordringer som ikke har en rein "medisin-teknisk" karakter. Helge Alsaker Solheim (og Miljeteig fra august 2018) leder prosjektet og hadde ansvar for de ukentlige møtene. Prosjektet kommer til å videreføres i 2019.
- Månedlige lege-møter på lungeavdelingen med ulike tema og innleverte kasuistikker. Ledes av Solheim (og Miljeteig fra august 2018). Prosjektet videreføres i 2019.
- Representant i Bioreferansegruppen fra KEK Bergen (Miljeteig) fra høsten -16. Bioreferansegruppen er ekspertgruppen som skal gi råd til Bioteknologirådet i faglige spørsmål. Miljeteig er en av to etikere som sitter i gruppen og representerer både Helse Bergen og Universitetet i Bergen.
- Deltakelse i Helsedirektoratets metodevurdering om behandling av MS som inkluderer vurdering av off-label bruk av rituximab. Skal ferdigstilles ila våren 2019. Miljeteig deltar som etiker og representant fra Helse Bergen. <https://www.fhi.no/prosjekter/ms-medisiner---en-metodevurdering/>
- Deltakelse i Helsedirektoratets arbeid metodevurdering av organdonasjon ved kontrollert sirkulatorisk død. Skal ferdigstilles ila våren 2019. Miljeteig deltar som etiker og representant fra Helse Bergen. <https://nyemetoder.no/Documents/Bestillerforum%20RHF%20-%20%28%20innkallinger%20og%20referater%29/Referat%20%2018.desember%202017.pdf>

Internasjonalt samarbeid

Sammen med Miljeteig deltok leder, sekretær og annet medlem i KEK Black Lion på den internasjonale klinisk etikk-konferansen i Oxford i juni 2017. Dr. Desalegn og Miljeteig var inviterte foredragsholdere og presenterte arbeidet med kursene og det etablerte Center for Medical Ethics and Priority Setting i Addis Ababa. <https://iccec2018.org>

Videreføring av etikk-kompetanse prosjekt ved Black Lion Hospital i Etiopia. I 2018 har vi hatt to tre-dagers kurs med deltakere fra nesten alle av de 28 medisinske fakultetene i Etiopia, et eget kurs for fostermedisinere og en del planleggingsmøter av videre arbeid for å få mer aktivitet i klinisk etikk-komiteé ved Black Lion Hospital.

Undervisning om klinisk etikk og klinisk etikk-komiteer og deltakelse i møter ved Mnazi Mmoja Hospital, Zanzibar, våren 2018 (Miljeteig)

Forskning

Magelssen M, **Miljeteig I**, Ervik B, Perdersen R og Førde R. The importance of systematic deliberation and stakeholder presence: A national study of clinical ethics committees. Journal of Medical Ethics(under review)

Økonomi

- Leder (Moster) 20% stilling
- Lønn sekretær (Tranvåg) 10 % stilling frem til 1/7-18.
- Lønn til sekretær (Miljeteig) 20% stilling fra 1/9-18. Sekretær er også lønnet 20% for å arbeide med andre etikk-prosjekter i Helse Bergen (1/1-18-1/9-18) og 40% fra 1/9-18 (Miljeteig)
- Dekket reise og seminar for tre medlemmer på Høstseminaret i Oslo
- Blomster/gave til foredragsholdere

Kompetanseheving

- Nasjonalt høstseminar i Oslo i november: tre medlemmer deltok
- «Internundervisning» på månedlige møter: vi har satt av litt tid på møtene høsten -18 til å gå gjennom sentrale artikler, referat fra konferanser etc.

Profiling

Bergensavisen hadde 2-siders artikkel om Klinisk etikk komite i Helse Bergen 12.mars 2018

Hovedutfordringer og målsettinger for 2019

- Vår hovedmålsetning er å være tilgjengelig for sykehusets ansatte, pasienter og pårørende som trenger rådgiving, fora for uavhengig drøfting eller annen bistand når en opplever å ha etiske dilemma. Vi ønsker å være rustet til å ta hastesaker og klare å behandle dem med svært kort behandlingstid. Tilbakemelding fra kliniske miljøer tilsier at dette er svært viktig. Det hjelper ikke å få et råd etter at avgjørelsen måtte tas.
- Vi har hatt færre saker og hastesaker dette året. Vi er usikker på hva de skyldes, og vil forsøke å oppfordre klinikere og andre til å melde saker i det kommende året.
- Vi har over flere år hatt få saker fra psykiatriske avdelinger. Leder i KEK (Moster) og medlem Hodali hadde møte med Divisjonsledelsen i Psykisk helsevern, Helse Bergen, oktober 2017 for å orientere om KEK.
- Fortsette «Etikk i klinikk»-arbeid. Det vil si at vi i økende grad for henvendelser om å delta i systematisk etikk-arbeid ute i avdelingene.
- Vi har flere nye medlemmer og ønsker å ha internseminar for å lage en felles forståelse av KEK-arbeid og å bli bedre kjent med hverandre. Vi planlegger internseminar i mars-19. Vi er forespurt av både KEK Haraldsplass og KEK Betanien om økt samarbeid, og vi vil derfor ha dette internseminaret sammen med dem.
- I arbeidet med rapporten «Prioriteringer på klinisk nivå», samt i mandatet til KEK kommer det fram at KEK har en viktig rolle i prioriteringsarbeid. Vi ønsker at hele komitéen skal ha god kjennskap til prioriteringsfeltet og vil derfor sette av tid til dette temaet i internseminaret i mars-19
- Andre målsetninger:
 - Oppfordre avdelinger til å melde saker og invitere oss inn på fagdager
 - Fortsette og å videreutvikle samarbeid med KEK i Etiopia
 - Seminar for alle ansatte to ganger i året, det første er planlagt i slutten mai 2019