

## Rapport

# Vedr. status for arbejdet i Klinisk Etisk Komite ved Sygehus Sønderjylland

## 1 Indledning

Region Syddanmark har bedt Sygehus Sønderjylland (SHS) om en status for arbejdet i Klinisk Etisk Komité SHS.

Hensigten med status er at erfaringerne fra komitéerne deles mellem sygehusene.

Nærværende status er for perioden januar 2017 til december 2017.

## 2 Generel status for arbejdet i komitéen

### Hvilke erfaringer er der opnået:

Med Klinisk Etisk Komite SHS, er der blevet skabt et rum for medarbejdere til at få drøftet nogle af de etiske dilemmaer, de kan stå i, i den kliniske hverdag.

Der har været positiv respons fra casefremlæggere, hvor det for dem har været værdifuldt, at komitéen er kommet med en anbefaling.

Det er væsentligt for komitéen, at der er et værktøj i form af valgt analysemodel til at understøtte processen i caseanalysen.

Der er etableret et tættere samarbejde med psykiatriens etiske komiteer, hvilket har bidraget positivt, i det der er skabt rum for erfaringsudveksling. Med dette samarbejde oplever Klinik Etisk Komité SHS det faglige fokus styrkes for arbejdet i de kliniske etiske komiteer.

### Hvilke udfordringer er der/har der været:

Manglende indsendelse af cases fra klinikken til Klinisk Etisk Komite SHS har været en udfordring i en længere periode.

Klinisk Etisk Komité SHS har derfor arbejdet med at etablere en tættere kontakt til klinikken via en ambassadørfunktion, hvor medlemmerne hver i sær understøtter kontakt til de forskellige afdelinger. Blandt andet har medlemmerne af komiteen været rundt i de forskellige afdelinger for at fortælle om arbejdet i komiteen og hvordan medarbejdere kan indsende kliniske etiske dilemmaer, som de kan få drøftet med Klinisk Etisk Komité SHS. Komiteens medlemmer er blevet taget godt i mod og det blev tydeligt for både medarbejdere og komiteens medlemmer, at der er mange etiske dilemmaer i spil i den kliniske hverdag. Endvidere blev det tydeligt, at mange ikke kendte til komiteen og hvordan de kan gøre brug af den.

Herudover er der arbejdet med at udvikle komiteens side på Intranettet blandt andet med skabelon til indsendelse af case.

For at øge fokus på komiteens arbejde med casebeskrivelser, er der etableret et samarbejde med SHS' Kommunikationsteam i forbindelse med nyheder vedr. casebeskrivelserne. Det kan af visningsstatistikken ses, at der er god interesse for nyhederne.

En anden tilbagevendende udfordring er, at det kan være svært for de medlemmer af komiteen, der er klinisk personale, at blive frigivet fra det kliniske arbejde for at deltage i møderne, i særlig grad gælder dette for de lægelige repræsentanter.

**Beskrivelse af komitéens sammensætning, uddannelse af komitéens medlemmer, arbejdsform, mødeaktivitet, udbud af kurser og andet som findes relevant at viderebringe:**

| Medlem                                 | Titel                              | Afdelinger  |
|--|------------------------------------|---|
| Jytte Nielsen (formand)                | Ledende radiograf                  | Røntgen og Skanning   |
| Henriette Holm Kaczmarek (næstformand) | Afdelingssygeplejerske             | Fælles Akut Modtagelse, FAM   |
| Mona Skau                              | Sygeplejerske                      | Blodsygdomme, Medicinske sygdomme Aabenraa                            |
| Tove Bøttcher                          | Kvalitets-og udviklingskoordinator | Kvindesygdomme og Fødsler   |
| Anna-Marie Løgstrup                    | Sygeplejersker                     | Lungesygdomme og Kræftsygdomme, Medicinske Sygdomme Sønderborg/Tønder |
| Skule Arnesen Bakke                    | Konst. ledende overlæge            | Bedøvelse og Intensiv   |
| Georg Bollig                           | Overlæge                           | Lungesygdomme og Kræftsygdomme, Medicinske Sygdomme Sønderborg/Tønder |
| Thomas Lutz                            | Overlæge                           | Øre-Næse-Halskirurgi  |
| Jens Volker Neumann                    | Fysioterapeut                      | Ergo- og Fysioterapien  |
| Tine Baarts Andsager                   | Sygehuspræst                       |   |
| Tove Larsen (sekretær)                 | Kvalitetskonsulent                 | Kvalitetsafdelingen   |

Uddannelse af komitéens medlemmer

Komiteen har løbende opmærksomhed på muligheden for uddannelse af komitéens medlemmer. Komiteens medlemmer er interesserede i at uddanne sig. Flere af komiteens medlemmer, har deltaget på temadage og lignende. Det øgede samarbejde med psykiatriens kliniske etiske komiteer har som tidligere nævnt givet mulighed for yderligere erfaringsudveksling.

Arbejdsform

Komiteens primære arbejdsform er møder, hvor hovedfokus ligger på drøftelse og analyse af klinisknære cases ud fra valgt analysemodel.

Komiteen har de sidste par år arbejdet med formen for de kliniske analyser. Formen er ændret, så caseanalyserne faciliteres af et af komiteens medlemmer og der skrives løbende ned på en blackboard tavle, hvad der findes frem til. Tavlen er opdelt efter analysemodellen.

### Mødeaktivitet

Kommissoriet for Klinisk Etisk Komite Sygehus Sønderjylland foreskriver at komitéen mødes mindst fire gange årligt.

### Udbud af kurser og andet relevant

Klinisk Etisk Komité Sygehus Sønderjylland er kollektivt indmeldt i Dansk Selskab for Klinisk Etik (DASKET).

Se endvidere tidligere punkter.

## 3 Behandlede sager - cases

I løbet af 2017 har Klinisk Etisk Komité SHS behandlet følgende cases

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Titel på case                  | Compliance, livstilssygdomme og prioriteringer  |
| Ophav til sagen                | Klinik i SHS.   |
| Beskrivelse af problemstilling | <p>I en klinik, hvor der indlægges mange patienter med kroniske sygdomme oplever det kliniske personale, at det er svært at agere i feltet, hvor der på den ene side (samfundssiden) sættes fokus på medinddragelse af patienten og at patienten tager ansvar for egen sundhed og på den anden side er en gruppe patienter, som enten ikke kan eller vil tage ansvar i deres egen behandling. Denne gruppe af patienter er en særlig sårbar gruppe, der ikke formår at leve op til det forventede mestringsniveau, der ikke dagsordensættes politisk/samfundsmæssigt.</p> <p>Personalet i klinikken oplever en frustration over, at denne gruppe af patienter ikke følger personalets vejledninger/retningslinjer/behandling/anbefalinger. Og frustrationen øges, når samme patienter gentagne gange indlægges.</p> <p>Hvordan håndterer det kliniske personale mødet med disse patienter?</p> <p><b>Fakta fra casen</b></p> <p>Følgende emner og oplevelser er i spil:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Målsætninger og krav i sundhedsarbejdet</li><li>• Sygeplejersker oplever frustrationer</li><li>• Udfordringer som gentager sig</li><li>• Sygeplejerske forventer at patienten efterlever vejledningen</li><li>• Skuffelse fra sygeplejerskens side, der kan påvirke relationen til patienten</li><li>• Konfliktområde</li><li>• Kampanger efterlader en restgruppe</li><li>• Autonomi/Sundhedsloven</li></ul> <p><b>Involverede parter i casen</b></p> <p>Patient med KOL, sundhedspersonale, politikere, pårørende.</p> <p><b>Analyse</b></p> <p>Vi "farves" af, hvad der er rigtigt og forkert f.eks. via medier, Sundhedsstyrelsen, kampanger. Det er blevet et statussymbol at være perfekt/sund. Normalitetsbegrebet indsnævres og man bliver lettere uden for. Rummeligheden udfordres herved og der skabes en stigmatisering.</p> <p>Sundhedspersonalet er fokuseret på at give den bedst mulige vejledning etc. ud fra de krav der stilles til behandling. Sundhedspersonalet oplever det følelsesmæssigt svært at blive afvist i forhold til, hvad der er til patientens bedste. Der kan opleves forskel på, om patienten ikke kan eller ikke vil efterleve sundhedspersonalets vejledning etc.</p> <p>I mødet med patienten, må man som sundhedspersonale spørge sig selv, om: "Er vi gode nok til dialogen og forventningsafstemning med patienten?"</p> <p>Hvad mener patienten? Er patienten overhovedet spurgt?</p> |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
|                                      | Dialog og forventningsafstemning vil øge individualiseringen af patientforløbet og understøtte rummeligheden over for den gruppe af patienter, der har svært ved at passe ind i de standarder, der er besluttet. Som sundhedspersonale, må man i dialogen med patienten være opmærksom på rollen som behandler og rollen som vejleder.  |
| Beskrivelse af dilemma               | Værdikonflikt mellem autonomi, patients egen selvbestemmelse og (paternalisme) standardisering forment af krav fra samfundet.   |
| Komitéens anbefaling/konkrete tiltag | <p><b>Handlemuligheder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forventningsafstemning mellem sundhedspersonale og patient fra starten, hvor patienten medinddrages så patienten mødes der, hvor denne er. Det bliver mere realistisk og der tages hensyn til patientens autonomi.</li> <li>• Uddannelse af sundhedspersonalet mhp. at kunne varetage både rollen som behandler og vejleder.</li> <li>• Åbenhed indbyrdes i en personalegruppe, at man ind i mellem bliver frustreret.</li> </ul> <p>Problemet løses ikke med flere ressourcer.</p> |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Titel på case                  | Organdonation   |
| Ophav til sagen                | Afsnit i sygehusregi  |
| Beskrivelse af problemstilling | <p>Der er kommet ny anbefaling fra Sundhedsstyrelsen, der sætter fokus på, at der i det præhospitale forløb skal gøres mere for at holde patienter i live med henblik på mulighed for organdonation.</p> <p>Hensyn til afstand til hospital, intensivkapacitet m.v. skal ikke have afgørende indflydelse på beslutning om intubation på skadestedet.</p> <p><i>Det anbefales at undersøge muligheden for organdonation inden kurativ behandling ophører.</i></p> <p>Dette fokus har givet anledning til refleksion hos den gruppe af læger, der står som behandlingsansvarlige i sådan en situation.</p> <p><b>Følgende case ses som et scenarie:</b><br/>Case-eksempel foregår i det præhospitale setup.<br/>Situationen er akut og der er ikke tilgang til fornødne oplysninger.<br/>Patienten er yngre og har fået hjertestop. Der forsøges genoplivning gentagne gange, og kropslige funktioner understøttes i længere tid, for at kunne give mulighed for organdonation.<br/>Tidligere ville man have afstået for behandling på et tidligere tidspunkt. Der kommer et politisk pres, hvor man som læge skal behandle på et andet niveau end tidligere.<br/>Patienten modtager en mere omfattende behandling idet, der etableres respiratorbehandling for at patienten kan holdes i live mhp. evt. organdonation.<br/>Tidligere var man gået over til lindrende terapi på et tidligere tidspunkt.</p> <p><b>Fakta fra casen</b><br/>Følgende emner og oplevelser er i spil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lovgivning.</li> <li>• Anbefaling i rapport.</li> <li>• Patienten skal som udgangspunkt selv give samtykke til organdonation (skriftligt eller mundtligt) med eller uden accept fra de pårørende.</li> <li>• Har patienten i donorregister sat kryds ved, at pårørende skal informeres, kan de pårørende bestemme.</li> <li>• Forskelle i kultur/tro.</li> </ul> <p><b>Involverede parter i casen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten</li> <li>• Pårørende</li> </ul> |

|                        |   |
|------------------------|---|
|                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlere (læge)</li> <li>• Intensiv</li> <li>• Økonomi</li> <li>• Politikere</li> <li>• Recipienten</li> </ul> <p><b>Analyse</b></p> <p>Autonomi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutsituation, hvor patienten er bevidstløs - autonomi?</li> <li>• Hvornår er patienten hjernedød?</li> <li>• Mennesket er i denne sammenhæng ikke et mål men et middel.</li> </ul> <p>Værdighed</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ønsker patienten at være organdonor.</li> <li>• Hvad er til patientens bedste? Er det til patientens bedste, at få lov til at dø?</li> <li>• Hvordan sikres et værdigt forløb for patienten/pårørende?</li> <li>• Det kan være tabubelagt og dermed svært at tale med sine pårørende om i "fredstid".</li> </ul> <p>Retfærdighed</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redde andres liv og forbedre livskvalitet (recipient).</li> <li>• Intensivkapacitet: manglende pladser kan medføre, at den mest stabile patient flyttes til anden intensiv afdeling.</li> </ul> <p>Tillid</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der kan være modsatrettede interesser (politisk, befolkning, fagpersoner) og det kan føre til manglende tillid og utryghed til behandler-systemet.</li> </ul> |
| Beskrivelse af dilemma | <p>Den etiske udfordring:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skal man holde liv i et døende menneske med det ene formål, at vedkommendes organer kan anvendes til andre mennesker?</li> <li>• Skal et sådant menneske optage en plads på Intensiv for en potentiel kurativ patient?</li> </ul>  |
| Komitéens anbefaling   | <p>Positivt og negativt i forhold til det kliniske etiske dilemma:</p> <p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Øget livskvalitet for recipienten.</li> <li>• Kan redde andres liv.</li> <li>• Kan give anledning til debat og fokus på stillingtagen til organdonation - både i samfund og i behandler-systemet.</li> <li>• Pårørende kan være stolte over at kunne hjælpe andre.</li> </ul> <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten udsættes muligvis for unødige lidelse.</li> <li>• Mennesket bliver et middel til noget i stedet for et mål i sig selv.</li> <li>• Pårørende kan have svært ved at håndtere, at organer er blevet taget ud af deres kære.</li> <li>• Det kan være vanskeligt for behandleren både at have fokus på patienten og mulige recipienter af organer.</li> </ul>   |
| Konkrete tiltag        | <p><b>Handlemuligheder</b></p> <p>Behandleren skal i den akutte situation (præhospitalt) tage stilling til det videre forløb uden at kende og uden at have mulighed for at afdække, hvad der er patientens ønske.</p> <p>Klinisk Etisk Komité anbefaler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At man i lægegruppen drøfter dilemmaet for at opnå konsensus.</li> </ul>   |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Titel på case                  | Blodprøvetagning  |
| Ophav til sagen                | Afdeling fra SHS  |
| Beskrivelse af problemstilling | <p>Det sker jævnligt at bioanalytikere ved ambulante blodprøvetagninger møder patienter, der modsætter sig blodprøvetagningen, fordi patienten er sine følelsers vold. Det kunne dreje sig om demens, konfusion eller et barn der er bange eller ikke forstår situationen.</p> <p>Personalet oplever følgende problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der en konflikt mellem den opgave, der skal udføres af bioanalytikeren og det patienten vil/kan være med til.</li> <li>• I den ambulante blodprøvetagnings regi er der ingen tidsbestilling. Personalet oplever, at der ikke den fornødne tid til at tage sig af patienterne i disse situationer. Personalet er opmærksomt på, at det får betydning for de andre patienter, der sidder og venter.</li> <li>• Personalet oplever, at det er svært at håndtere situationen med patienten og bliver i tvivl om, hvor grænsen går for, hvornår forsøget på at tage blodprøven skal indstilles.</li> </ul> <p>I denne caseanalyse fremstilles to konkrete caseeksempler. Den ene vedrører en ældre dame og den anden et barn. De to cases har nogle fællestræk.</p> <p><b>Fakta fra casen</b></p> <p>Følgende emner og oplevelser er i spil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient, ældre dame <ul style="list-style-type: none"> <li>○ har en anden virkelighedsopfattelse</li> <li>○ kan ikke samarbejde om at få taget blodprøven</li> <li>○ pårørende er en ældre mand, der sidder og venter ude i venteområdet mens hustru er inde til blodprøvetagning.</li> </ul> </li> <li>• Patient, barnet <ul style="list-style-type: none"> <li>○ anden kultur</li> <li>○ er ambivalent i forhold til om denne vil have taget blodprøve eller ej</li> <li>○ forældre presser på for at blodprøve tages</li> <li>○ patienten manipuleres til prøvetagningen.</li> </ul> </li> </ul> <p>For begge cases gælder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egen læge er ikke lykket med blodprøvetagningen (evt. mange forsøg)</li> <li>• Manglende information af patient og pårørende</li> <li>• Personalet har stor erfaring med at tage blodprøver</li> <li>• Personalet oplever pres på bioanalytikeren og oplever en ubehagelig stemning</li> <li>• Meget travl dag, der er mange patienter, der skal have taget blodprøver</li> <li>• Afdelingen har ikke en retningslinje der beskriver, hvordan man skal håndtere, hvis man ikke kan tage en blodprøve.</li> </ul> <p><b>Involverede parter i casen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten</li> <li>• Bioanalytiker</li> <li>• Pårørende, kontaktperson</li> <li>• Ordinerende part, fx egen læge</li> <li>• Plejehjem</li> <li>• De andre patienter</li> </ul> <p><b>Analyse</b></p> |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
|                                      | <p>Patienternes og evt. pårørendes reaktion kan være påvirket af flere faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende information af patient og pårørende, gør at de ikke er klar over, hvad der skal foregå.</li> <li>• Er patienten i stand til af se sin egen situation og træffe et fornuftigt valg?</li> <li>• Manglende forståelse/evne til forståelse fra patienterne – patienternes er i deres følelsers vold.</li> <li>• Den ældre patients mand går ikke med ind ved blodprøvetagning. Han er måske træt og slidt ned?</li> </ul> <p>Personalets håndtering af situationen kan være påvirket af flere faktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale laver serviceydelse og har ikke adgang til oplysninger om patienten og herved heller ikke kendskab til årsag til blodprøvetagning. På den måde kan personalet ikke umiddelbart afgøre vigtigheden af at blodprøven tages nu.</li> <li>• Hvordan holdes værdigheden? Hvordan kan Paternalisme, patienternes selvbestemmelsesret sikres bedst muligt?<br/>Personalet kan opleve, at de mangler værktøjer til at møde patienten i den situation patienten er i og understøtte de særlige behov, der gør sig gældende.</li> <li>• Patientens modvilje påvirker bioanalytikeren og det er ikke altid lige let at håndtere.</li> </ul> |
| Beskrivelse af dilemma               | <p>Skal man for en hver pris tage en blodprøve på en patient, der ikke kan/vil samarbejde m.m.?</p> <p>Problemet er at visse patienter kræver mere tid end andre og patienterne kommer uden tidsbestilling, så det ikke kan tilrettelægges.</p>   |
| Komitéens anbefaling/konkrete tiltag | <p><b>Handlemuligheder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved bestilling af blodprøver: Kommentarboks kan/bør bruges af henvisende enhed.</li> <li>• Indsatsområde: fokus på tid til disse patientsituationer?</li> <li>• Patienter skal have pårørende/ledsager med til blodprøvetagning for at skabe tryghed.</li> <li>• Kontakte ordinerende instans.</li> <li>• Skærme patienten bedst muligt.</li> <li>• "Ringe til en ven". Finde nogle samarbejdspartnere, der kan hjælpe i disse situationer fx børneafdelingen.</li> </ul>   |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Titel på case                  | Livsforlængende behandling  |
| Ophav til sagen                | Klinisk afdeling på sygehuset   |
| Beskrivelse af problemstilling | <p>Ældre mand kommer til skadestuen, da han af hjemmesygeplejersken er fundet ukontaktbar på gulvet i eget hjem. Hjemmesygeplejersken ringer 112. Patienten er kendt med en svær fremadskridende sygdom og har åben indlæggelse på andet sygehus. Præhospitalet/ambulance skal køre patienten til nærmeste sygehus og derfor indlægges han denne gang på nærværende sygehus.</p> <p>Patienten har ved ankomst brug for respiratorisk støtte i form af ventilering og dernæst Non Invasiv Ventilation (NIV). Lægen sætter sygeplejersken til at ventilere, da lægen mener, at patienten skal have en sidste mulighed for overlevelse.</p> <p>Patienten er kendt med meget lavt funktionsniveau, kan ikke tale, og det er uvist, om han på nuværende er beslutningskompetent og kan afgive samtykke i forbindelse med det aktuelle indlæggelsesforløb.</p> <p>Patienten har oprettet livstestamente. Der er ingen pårørende med, men disse kontaktes pr. telefon.</p> |

### Fakta fra casen

Følgende emner og oplevelser er i spil:

Patienten

- har en svær fremadskrivende sygdom
- har åben indlæggelse på andet sygehus
- har lavt funktionsniveau
- har intet sprog
- har lavet livstestamente
- kan selv trække vejret
- er fundet ukontaktbar på gulvet

Hjemmesygeplejersken

- ringer 112

Pårørende

- Ingen kontakt til pårørende i forbindelse med indlæggelsens akutte fase

Personalet

- Der skal ved indlæggelsen tages en hurtig beslutning

### Involverede parter i casen

- Patienten
- Hjemmesygeplejerske
- Præhospital
- Sygeplejerske på afdelingen
- Læge på afdelingen
- Pårørende
- Sygehuset hvor patienten har åben indlæggelse
- Egen læge

### Analyse

I akutmodtagelsen er behandling af patienter førstevalg i den akutte fase uanset diagnose. Hen ad vejen vurderes og revideres behandlingsniveau og – plan for den enkelte patient.

Situationen for nærværende case er kompleks for personalet, da der skal træffes hurtige beslutninger og kendskabet til patienten er begrænsede.

Patienten betragtes af personalet som midlertidig fornuftsindhilps pga. at han er ukontaktbar. Men personalet gør sig flere tanker om, hvordan patientens tilstand har været helt op til indlæggelsen, bl.a. om hvor meget eller hvor lidt har patienten kunnet og om, om hans livskvalitet har været god. Det påvirker situationen og konsensus omkring behandlingsforløbet for personalet, da det med den begrænsede tilgængelige viden om patienten er svært at agere ud fra, hvad patienten måtte ønske. Der bringes forskellige værdier i spil i forhold til behandlingsniveau. Beslutningen om, hvad der er bedst for patienten tages i den akutte situation alene ud fra en faglig vinkel, baseret på en lægelig beslutning.

Spørgsmål om inddragelse af patientens autonomi og derved en vurdering af patientens helhedssituation vedr. bl.a. livskvalitet og ønsker for fremtiden, kan først bringes i spil, når det har været muligt at skaffe mere viden enten via patienten selv eller evt. dennes pårørende.

Den beskrevne situation er blot et eksempel på mange lignende situationer for personale, der arbejder med patienter i det akutte indlæggelsesforløb. De etiske dilemmaer, der opstår i disse forløb kan til en vis grad afhjælpes ved, at man som personale er opdateret på de juridiske områder. Men det fremstår også som væsentligt, at personalegruppen er god til at italesætte de overvejelser og tanker, der er i spil i situationen for at skabe forståelse, indsigt og konsensus i samarbejdet



|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
|                                      | omkring behandlingsforløbet.   |
| Beskrivelse af dilemma               | Bør en patient støtteventileres trods svær fremadskridende sygdom?   |
| Komitéens anbefaling/konkrete tiltag | <p><b>Handlemuligheder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lade tvivlen komme patienten til gode</li> <li>• Støtteventilerer ind til der er oplysninger nok til at vurdere situationen</li> <li>• Inddragelse af pårørende</li> <li>• Respektere livstestamente</li> <li>• Dialog i modtagende team i modtagelsen, herunder bl.a. dele hinandens tanker i forløbet</li> <li>• Ringe og korrespondere med patientens stamafdeling på andet sygehus</li> <li>• Inddragelse af hjælpere til at indhente oplysninger</li> <li>• Kontakt til hjemmesygeplejen</li> <li>• Personale skal være opdateret på juridiske rammer</li> <li>• Mere dialog på tværs af sektorer.</li> </ul> |

#### 4 **Formidling af komitéens arbejde og resultater samt udbud af evt. kurser mv.**

Komitéen lægger analyserede dilemmaer ud på sygehusets intranet. Komitéen ved fra tilbagemeldinger fra klinikken, at casene bruges til drøftelse i klinikken.

Her er der ligeledes adgang til referater fra komitéens møder.