



# 6-TRINNSMODELLEN FOR ETIKKREFLEKSJON

i helse- og omsorgstjenestene



SAMARBEID OM ETISK  
KOMPETANSEHEVING



# INNHOOLD

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>Innledning</b>	<b>5</b>
<b>Håndtering av etiske utfordringer i helsetjenesten</b>	<b>7</b>
<b>Modell for systematisk etikkrefleksjon</b>	<b>9</b>
<i>Trinn 1: Hva er den etiske utfordringen?</i>	10
<i>Trinn 2: Hva er fakta i saken?</i>	10
<i>Trinn 3: Hvem er de berørte parter, og hva er deres syn og interesser?</i>	11
<i>Trinn 4: Hvilke verdier, prinsipper og lover aktualiseres?</i>	11
<i>Trinn 5: Hvilke mulige handlingsalternativer finnes?</i>	12
<i>Trinn 6: Helhetlig drøfting/vurdering av handlingsalternativene</i>	13
<b>Eksempel på bruk av refleksjonsmodellen</b>	<b>13</b>
<i>Trinn 1: Hva er den etiske utfordringen?</i>	14
<i>Trinn 2: Fakta i saken.</i>	14
<i>Trinn 3: Berørte parter.</i>	15
<i>Trinn 4: Hvilke verdier, prinsipper og lover aktualiseres?</i>	16
<i>Trinn 5: Hvilke mulige handlingsalternativer finnes?</i>	17
<i>Trinn 6: Helhetlig drøfting/vurdering av handlingsalternativene</i>	17
<b>Hvor kan jeg henvende meg med en etisk utfordring?</b>	<b>20</b>
<i>Etikkrefleksjonsgrupper</i>	20
<i>Kliniske etikk-komiteer</i>	21
<b>KS' og Senter for medisinsk etikk's tilbud til helse- og omsorgstjenestene</b>	<b>21</b>



# FORORD

KS støtter kommunenes kontinuerlige arbeid for å sikre en høy etisk standard. Det er nødvendig for å oppnå tillit i befolkningen og helt sentralt i tjenester som helse- og omsorgstjenestene. Formålet med etisk kompetanseheving er blant annet å understøtte viktige verdier som rettferdighet, selvbestemmelse og velgjørenhet. Helse- og omsorgstjenestenes systematiske etikkarbeid skal gi brukerne en opplevelse av at tjenestene ivaretar deres verdighet og integritet.

Satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving i KS startet i 2007, og har siden den gang bistått kommunene i deres arbeid med etisk kompetanseheving. Satsingen er nasjonal og støtter kommunene regionalt og lokalt gjennom regionale etikk-veiledere. Oppdragsgiver for Etikksatsingen er Helse- og omsorgsdepartementet og KS driver det. Arbeidet er unikt i verdenssammenheng. Norge er det eneste landet hvor stat, kommune og yrkesorganisasjonene har stått sammen om et omfattende og langvarig praksisnært etisk kvalitets-

og fagutviklingsarbeid. Resultatene av mange års samarbeid med kommunene og andre fagmiljøer tyder på at etisk refleksjon styrker ansattes bidrag til at helse- og omsorgstjenestene finner nye og bedre løsninger, styrker ansattes faglige bevissthet og bidrar til at virksomhetene jobber systematisk med holdningsskapende arbeid.

Systematisk etisk refleksjon i tjenestene er kvalitetsforbedring nær brukerne. Ledere og ansatte gir tilbakemeldinger på at det er meningsfullt å jobbe med etisk refleksjon tett på praksis. Det gjør dem bedre rustet til en arbeidshverdag som ofte kan by på utfordringer, både faglig og mellommenneskelig.

Etikksatsingen har utviklet flere metoder og verktøy i samarbeid med kommunene gjennom årene. Den veilederen du nå er i ferd med å lese er et nytt verktøy som skal støtte det lokale etikkarbeidet i tjenestene. I etiske refleksjonsgrupper er holdningen at ingen av oss er ekspert med alle svarene. Alle har noe å lære, alle har noe å bidra med, og noen ganger er kanskje de gode spørsmålene like viktig som svarene.

KS ønsker alle kommuner lykke til videre med systematisk etisk refleksjon. Det er til det beste for oss alle, både som arbeidsgivere, arbeidstakere og tjenestemottagere, at viktige og grunnleggende verdier ivaretas i hverdagen.

Hilsen

Lasse Hansen (sign)  
Administrerende direktør i KS



# INNLEDNING

I dette heftet, *Veileder for 6-trinnsmodellen for etisk refleksjon*, vil ansatte og ledere få en kort og god gjennomgang av en kunnskapsbasert metode som kan benyttes i møte med brukernære etiske utfordringer.

Alle ønsker en tjeneste med høy etisk standard, og det forutsetter et kontinuerlig verdiarbeid i møte med nye utfordringer og slitasje. Ledere og ansatte forteller at praksisnære samtaler om verdier og etiske utfordringer bidrar til det.

Evalueringsrapporten *Etisk refleksjon og verdibevissthet. Betydningen for kvalitet, trivsel og samhandling*<sup>1</sup> avdekket at ledere og ansatte i

---

1 Utarbeidet av professor Rudi Kirkhaug ved Universitetet i Tromsø høsten 2018. Rapporten ligger her: [https://www.ks.no/contentassets/e0a7fb15701d4bf895ba-6be77b83a277/evalueringssrapport\\_sek\\_jan2019.pdf](https://www.ks.no/contentassets/e0a7fb15701d4bf895ba-6be77b83a277/evalueringssrapport_sek_jan2019.pdf)

helse- og omsorgstjenestene entydig mener at systematisk etisk refleksjon er avgjørende for kvaliteten på tjenestene. Etisk refleksjon bidrar til kvalitetsheving, bedre pasientsikkerhet, bedre pårørende-samarbeid, trygghet og åpenhet for andres kompetanse med mer.

Systematisk etisk refleksjon bidrar til at ansatte har kompetanse til å identifisere, reflektere over og håndtere vanskelige etiske utfordringer i hverdagen nærmest brukerne. Samtaler for å avklare etiske spørsmål underveis med kollegaer man har tillit til gjennom dagen er viktig og bra. Systematisk etisk refleksjon er noe annet. Den skal være forankret, planlagt, ledet, og helst bruke en metodikk. Hvilken metode man bør velge i det enkelte tilfelle avhenger av utfordringens karakter og hvilket resultat man ønsker. *Hva* man bør gjøre er en annen vurdering enn *hvordan* man bør gjøre det. Begge deler trenger oppmerksomhet for å styrke den enkeltes forutsetninger for å ta etisk gode vurderinger i situasjonen, og for å bygge en robust organisasjonsetikk og en åpen organisasjonskultur.

Tjenestene har lenge brukt modeller lik den vi skal gå gjennom i dette heftet, og de ønsker en veileder slik at det blir mer tid til selve refleksjonen og mindre til å huske metoden fra gang til gang. Modellen er særlig god når man har behov for å sortere en situasjon og finne gode handlingsalternativer.

Etikksatsingen i KS har utarbeidet denne veilederen i godt samarbeid med Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo.

Vi håper den blir til nytte!



# HÅNDTERING AV ETISKE UTFORDRINGER I HELSETJENESTEN

Når viktige hensyn (normer, verdier) står mot hverandre og når det er tvil, usikkerhet eller uenighet om hva som er best å gjøre, oppstår *etiske dilemma* eller *etiske utfordringer*.<sup>2</sup> Under covid-19-pandemien har det oppstått nye etiske utfordringer, men etiske utfordringer er vanlige også i daglig klinisk praksis (Boks 1). Denne veilederen er nyttig i møte med både nye utfordringer og de dere har mer erfaring med å håndtere.

---

2 Magelssen, M. og Pedersen, R. (2020). Hva er «etikk» i helsetjenesten? I: *Etikk i helsetjenesten*, red. Magelssen, Førde, Lillemoen og Pedersen. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17.

### **BOKS 1: Vanlige etiske utfordringer i helsetjenesten**

- Pasientautonomi og beslutningskompetanse
- Samarbeid og uenighet med pårørende
- Bruk av tvang
- Begrensning av livsforlengende behandling
- Prioritering og ressursbruk (f.eks. lederes ansvar for å fordele begrensede ressurser rettferdig)
- Taushetsplikt og pasientinformasjon
- Utfordringer ved samhandling mellom ulike tjenester og nivåer

God håndtering av etiske utfordringer kan være svært viktig:

- for å avklare hva som bør gjøres i en bestemt situasjon og på hvilken måte
- for å finne gode løsninger, rett helsetilbud og tjenestenivå, og rettferdig ressursbruk
- for godt samarbeid mellom helsepersonell; for god og riktig medvirkning for pasient og pårørende i beslutningsprosesser
- for kvaliteten på helsetjenestene pasienten møter
- for å ivareta brukernes integritet og verdighet

Vi vil presentere en modell for systematisk etikkrefleksjon som kan være nyttig i møte med etiske utfordringer. Deretter vil vi presentere to ulike arenaer for å håndtere slike utfordringer i praksis: Etikkrefleksjonsgrupper og klinisk etikk-komiteer.



## Modell for systematisk etikkrefleksjon

En modell for systematisk etikkrefleksjon er til hjelp for å «rydde» og sortere i en krevende situasjon. Da blir det lettere å sette ord på den/de viktigste etiske utfordringen(e) og hvilke verdier som står på spill. Vi vil her presentere en refleksjonsmodell i seks trinn. Modellen er kjent som SME-modellen eller sekstrinnsmodellen, og her er den videreutviklet med momenter fra Sjekkliste for etisk refleksjon fra Etikksatsingen i KS.<sup>3</sup>

### **BOKS 2: Refleksjonsmodell**

- 1. Hva er den etiske utfordringen?*
- 2. Hva er fakta i saken?*
- 3. Hvem er de berørte parter, og hva er deres syn og interesser?*
- 4. Hvilke verdier, prinsipper og lovverk aktualiseres?*
- 5. Hvilke handlingsalternativer finnes?*
- 6. Helhetlig drøfting og vurdering av handlingsalternativene*

---

<sup>3</sup> SME-modellen, etter Senter for medisinsk etikk hvor modellen ble utviklet av Reidun Førde. Modellen ble først tatt i bruk i klinisk etikk-komiteer, aller først på Rikshospitalet fra midt på 1990-tallet. «SME» kan også stå for «Systematisk modell for etikkrefleksjon». Modellen kalles også 6-trinnsmodellen. Se også Lillemoen, L., Gjerberg, E. og Nortvedt, P. (2020). Refleksjon over klinisk-etiske dilemma. I: Etikk i helsetjenesten, red. Magelssen, Førde, Lillemoen og Pedersen. Oslo: Gyldendal Akademisk, kap. 20.

### **TRINN 1:** *Hva er den etiske utfordringen?*

Identifisering av den etiske utfordringen gir retning til etikkrefleksjonen. Det kan være flere etiske utfordringer i en situasjon. Vi anbefaler at det etiske problemet formuleres som et spørsmål, gjerne ved hjelp av spørreordet «bør». Eksempelvis: Bør vi gjøre vedtak om tvang? Bør vi flytte pasienten til sykehjem til tross for at han motsetter seg det? Bør vi informere foreldrene om at barnet har tett kontakt med skolehelsetjenesten.

### **TRINN 2:** *Hva er fakta i saken?*<sup>4</sup>

Et presist og dekkende faktagrunnlag er et nødvendig utgangspunkt for den etiske drøftingen. Man bør avgrense fremstillingen av fakta til det som er relevant for det aktuelle problemet.

Viktige fakta kan være:

- Medisinsk og helsefaglig kunnskapsgrunnlag, som diagnose, prognose/forventet forløp, symptomer, aktuell behandling og utredning
- Pasientens funksjon, atferd, beslutningskompetanse
- Boforhold og kontekst (hvor mottar pasienten tjenester)
- Hva har man gjort hittil, og hva har det ført til?

Under gjennomgangen av fakta blir det ofte klart at noen relevante fakta mangler. Det er viktig å sette ord på hvilke opplysninger vi også burde hatt. Det å kartlegge ytterligere fakta, kan også være et av handlingsalternativene (trinn 5).

---

4 I noen tjenester vil det være mer naturlig å si «situasjonen» eller «utfordringen» fordi en selv står midt oppe i det som skjer og det er underlig å kalle beboere og etisk refleksjon om dem for en «sak», men i dette dokumentet fortsetter vi å bruke ordet sak.

### **TRINN 3:** *Hvem er de berørte parter, og hva er deres syn og interesser?*

Denne delen av refleksjonen hjelper oss å se saken fra flere perspektiver. Derfor er det også nyttig dersom flest mulig av de berørte parter kan delta i refleksjonen og selv legge frem sitt syn. I en etikkrefleksjon er det viktig at også synet til de som ikke er til stede bringes inn i refleksjonen, for eksempel av helsepersonell som kjenner pasienten godt. Dersom man ikke vet hva berørte parter mener, skal man imidlertid være forsiktig med å tillegge dem oppfatninger. Noen ganger er det også relevant å nevne indirekte berørte parter – for eksempel samfunnet rundt eller andre pasienter.

Den som leder etikkrefleksjonen kan etterspørre partenes synspunkter, men også følelser og opplevelser knyttet til saken. Hva står på spill for de berørte parter? Trinnet etterspør både *syn* og *interesser*, for noen ganger kan en persons interesser være noe annet enn det vedkommende gir uttrykk for. Et eksempel kan være en pasient med nedsatt beslutningskompetanse som ønsker å bo hjemme, men der andre mener at det er uforsvarlig. Her kan det altså være en forskjell på personens syn (som er å bo hjemme) og interesser (som kan være å få institusjonsplass). Samtidig skal man alltid være forsiktig med å påstå at en person ikke vet sitt eget beste og at vi som er profesjonelle eller pårørende, vet bedre enn personen selv.

### **TRINN 4:** *Hvilke verdier, prinsipper og lover aktualiseres?*

En verdi er et gode i menneskers liv, eller noe som er viktig for oss for å kunne leve et meningsfylt og godt liv individuelt eller i fellesskap. Eksempler på verdier er liv og helse, sannhet og tillit. Ofte kan det være nyttig å identifisere verdier ved å knytte disse til de berørte parter, for eksempel: «I denne situasjonen, hva er viktig *for pasienten?*» og «i denne situasjonen, hva er viktig *for deg som sykepleier/lege/fysioterapeut?*».

I etikkrefleksjon kan vi også vise til fire sentrale helseetiske prinsipper:

- *Respekt for pasientens autonomi* – som innebærer en plikt til å ta hensyn til pasientens selvbestemmelse og/eller medbestemmelse.
- *Velgjørenhet* – som innebærer at helsepersonell har plikt til å gjøre godt for pasienten gjennom helsehjelp som er til nytte, og gjennom å forebygge skade.
- *Ikke skade* – som innebærer at helsepersonell har plikt til å unngå å påføre pasienten skade og lidelse.
- *Rettferdighet* – som innebærer at helsepersonell har plikt til å behandle like tilfeller likt og være oppmerksomme på ressursbruk og fordeling.

Når vi setter ord på verdier og prinsipper, bør disse også knyttes konkret til det etiske spørsmålet. Hvilke verdier og/eller prinsipper kommer i konflikt, og på hvilken måte?

Det er også nyttig å sette ord på *skjulte verdier*. Dette er verdier som er med på å prege valgene våre, men som vi kanskje ikke er så bevisst på. Ofte kan dette handle om holdninger eller fordommer vi har som kan gjøre det vanskelig å ta gode valg.

På dette trinnet får vi også fram hvilke lover og retningslinjer som er relevante for den etiske utfordringen. Lover og retningslinjer gir ofte ikke noen fasit på hva som er rett å gjøre, men avgrenser rommet for moralsk og faglig skjønnsutøvelse.

#### **TRINN 5:** *Hvilke mulige handlingsalternativer finnes?*

I en etikkdrøfting kommer man ofte fram til nye handlingsalternativer og mellomløsninger. På dette trinnet kan man gjerne ha en idemyldring om mulige handlingsalternativer, uten å være kritisk vurderende. Vurderingen kommer i neste trinn.

### **TRINN 6:** *Helhetlig drøfting/vurdering av handlingsalternativene*

I helhetsvurderingen foretar man en vektning av handlingsalternativene. Hva taler for og imot de ulike alternativene, og hvilke(t) er best begrunnet alt tatt i betraktning? Her bør man prøve å knytte ulike handlingsalternativer til berørte parters syn på saken, til konkrete verdier, prinsipper og lover. En måte å gjøre det på er å spørre hvordan de berørte parters syn, samt aktuelle verdier og lover, henger sammen med de ulike handlingsalternativene. Ved avslutning av refleksjonsprosessen er det viktig å avklare hvem som har ansvaret for å følge opp det som er kommet fram i refleksjonen. Hva bør gjøres, og av hvem?

### **Eksempel på bruk av refleksjonsmodellen**

Her illustrerer vi hvordan refleksjonsmodellen kan anvendes i praksis.

Kristine (85) har hatt gradvis tiltakende demens gjennom flere år. For to år siden fikk hun et slag. Det utløste innleggelse på sykehjem, ettersom ektemannen (88) som bl.a. har hjertesvikt, ikke lenger kunne ta ansvar for henne. Kristine ble bedre etter slaget og har kunnet bevege seg på avdelingen med rullator. Hun har imidlertid vanskelig for å uttrykke seg språklig. Demensutviklingen gjør at hun har mistet grep om tid og sted, men hun kjenner både ektemannen og sine to døtre. Hun er også alltid glad og fornøyd og gir inntrykk av å trives på sykehjemsavdelingen. Familierelasjonene er gode, og hun får nesten daglig besøk.

Kristine får en lungebetennelse som behandles med antibiotika. Behandlingen synes å ha noe effekt, men hun er slapp og blir senge-liggende et par uker etter avsluttet antibiotikabehandling. Nå begynner hun imidlertid å knipe igjen munnen når hun skal få mat og drikke.

Situasjonen blir drøftet på previsitt. Legen forstår den totale tilstanden hennes slik at livet hennes går mot slutten og at motstanden mot å ta til seg drikke har sammenheng med dette. Legen vil ikke at det skal gis intravenøs væskebehandling eller ernæring. Behandlingstiltakene skal ha et palliativt formål.

Utpå dagen kommer døtrene på besøk, og sykepleieren samtaler med dem om situasjonen. Den ene av døtrene, som selv er sykepleier, mener at de må starte intravenøs væske og ernæring. Hun sier at det vil forkorte morens liv å la være å gi slik behandling, og hun kaller dette for «passiv dødshjelp». Hennes yngre søster mener at det viktigste er at moren har minst mulig plager den tiden hun har igjen. Hun viser også til at faren deres er forsont med at det nå går mot slutten. Den eldste søsteren blir svært opprørt over dette.

### **TRINN 1:** *Hva er den etiske utfordringen?*

Her beskrives en situasjon der en klinisk beslutning blir utfordret av en pårørende. Vi kan formulere problemstillingen som et 'bør-vi'-spørsmål: *Bør vi ta hensyn til datterens ønske om intravenøs behandling?*

### **TRINN 2:** *Fakta i saken.*

Meningen er her at vi skal få fram de relevante faktaopplysningene, ikke alt vi vet om pasienten. I dette tilfellet vil det være viktig å få fram endringene som har skjedd, både når det gjelder hennes medisinske tilstand og hva hun uttrykker gjennom kroppsspråk og adferd. Det vil også være naturlig å beskrive kort pårørendes reaksjoner som jo er utgangspunktet for refleksjonen, selv om dette blir nærmere belyst under neste punkt.

### TRINN 3: *Berørte parter.*

De berørte partene har sine meninger og interesser, men kan også være berørt på et emosjonelt og eksistensielt plan. Vi bør derfor ikke begrense dette til å handle om de ulike partenes syn på saken, men søke å belyse hva som i vid forstand står på spill for den enkelte.

*Kristine* selv er i en sårbar situasjon og ikke i stand til å uttrykke sine ønsker og behov klart og tydelig. Hun er utlevert til sine hjelpere og avhengig av at vi er i stand til å tolke hennes signaler og behandle henne med respekt og verdighet i livets siste fase. Det er vår tolkning, sammen med de medisinske fakta som er grunnlaget for de valg vi gjør på hennes vegne.

De *pårørende* skal i løpet av den nærmeste tid trolig følge sin kjære til livets slutt. Det er en situasjon som kan vekke mange ulike følelser. De forholder seg i dette tilfellet også svært ulikt til situasjonen. Den yngste datteren synes i likhet med deres far, å være forsont med at morens liv går mot slutten. Hun viser også tillit til de vurderingene som er gjort på sykehjemmet. Den eldste datteren, derimot, fester ikke lit til beslutningen og har sin egen oppfatning av hvordan moren bør behandles. Hun er også selv sykepleier og mener kanskje at hennes syn bør tillegges mer vekt av den grunn.

*Personalet* skal forsøke å være der både for pasienten og de pårørende. For personalet er det viktig å få en prosess der alle føler seg ivaretatt så godt som det lar seg gjøre. De ansatte støtter seg til de kliniske vurderingene som er gjort av legen. Det som gjør situasjonen krevende, er å stå i konflikten mellom de kliniske vurderingene og datterens ønsker.

*Legen* er ansvarlig for den kliniske beslutningen, men står ikke direkte i den aktuelle konflikten som beskrives. Hun er likevel berørt, fordi det

er hennes beslutning som blir utfordret. Legen er avhengig av at pleiepersonellet gir henne god informasjon både om den kliniske situasjonen og om pårørendes reaksjoner i den videre prosessen.

#### **TRINN 4:** *Hvilke verdier, prinsipper og lover aktualiseres?*

De fire helseetiske prinsipper vil ofte romme viktige verdier som aktualiseres. Det er derfor en god idé å starte med en gjennomgang av disse. Under *autonomiprinsippet* kan vi ikke overse den motstand hun viser mot å ta til seg føde. Å tvinge mat i henne vil være en krenkelse av autonomien, det samme kan være tilfelle med å gi sondeernæring. *Ikke skade* og *velgjørhetsprinsippet* handler om å unngå å påføre pasienten unødig eller forlenget lidelse. Det er en naturlig prosess at pasienter slutter å ta til seg mat og drikke på dødsleiet, mens det for pårørende er uttrykk for grunnleggende menneskelig omsorg å tilby nettopp mat og drikke. Rettferdighetsprinsippet er i mindre grad aktuelt eller utfordret i denne situasjonen.

Som eksempel på andre verdier som kan trekkes inn, kan vi nevne *hensynsfullhet* og *omtenksomhet*. Disse verdiene handler ikke bare om hvordan vi behandler pasienten, men like mye hvilke holdninger vi møter pårørende med, og da særlig datteren som utfordrer vår faglighet.

Under verdier drøftes også de såkalte *skjulte verdier*, det vil si forhold som kan påvirke våre valg uten at vi er oss det bevisst. For å utforske disse kan man spørre «Hva vil være enklest for meg selv? Hva ønsker jeg å unngå? Hva er magefølelsen?» osv. Det kan handle om impulsen til å unngå konflikt ved å gi etter, eller det stikk motsatte, at man blir irritert og indignert, og dermed lite åpen for dialog. I denne konkrete situasjonen vil det være naturlig å utforske hvilke følelser og reaksjoner det vekker i oss at datteren som er sykepleier går så høyt ut med anklager mot den faglige vurderingen som er gjort sammen med



legen. Det kan vekke irritasjon, man føler seg nedvurdert eller tråkket på. Men vi kan også tenke oss tilfeller der personalet kan kjenne seg underdanig en pårørende med sterke meninger, helsefaglig kompetanse og stor gjennomføringskraft.

Lover og retningslinjer vil omfatte pasientrettighetslovens bestemmelser om samtykke, rett til medvirkning og nærmeste pårørendes rettigheter. Dessuten er det relevant å trekke fram Helsepersonellovens bestemmelser om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

### **TRINN 5:** *Hvilke mulige handlingsalternativer finnes?*

Mellom de to ytterpunktene som kan representeres med et 'ja' eller 'nei' på problemstillingen, finnes en rekke mellomløsninger og tiltak som kan bidra til en bedre prosess for partene. Det kan dreie seg om å jobbe for å få til en bedre dialog eller andre tillitsskapende tiltak. I noen tilfeller bør man også vurdere å komme pårørende litt i møte, for eksempel ved å gi noe væske i en begrenset periode, for så å evaluere. En slik time-out er i noen tilfeller det som skal til for at ting faller bedre på plass for de berørte. Det bør uansett være uaktuelt å gi væskebehandling dersom vi frykter at det kan gi pasienten økte plager ved livets slutt.

### **TRINN 6:** *Helhetlig drøfting/vurdering av handlingsalternativene*

Ut fra det vi har sagt under trinn 5, er det nærliggende at drøftingen ikke vil konkludere med et 'ja' på spørsmålet som formulerte den etiske utfordringen, men heller ikke et 'nei'. Under trinn 1 spør vi, «bør vi ta hensyn til ...?» På et eller annet vis bør vi nok absolutt ta hensyn til en pårørende som kanskje befinner seg i et emosjonelt kaos og strever med å ta inn over seg at mor er i ferd med å dø fra henne. En helhetlig drøfting vil forhåpentlig kunne peke ut en vei som ivaretar hensynet både til pasient og pårørende på en etisk forsvarlig måte.

# VEILEDER

**TRINN 1: DET ETISKE PROBLEM / SPØRSMÅL:** *Her beskrives kort problemet i et s*

TRINN 2: FAKTA	TRINN 3: BERØRTE PARTER	TRINN 4: VERDIER
<p><b>SKRIV NED FAKTA</b></p> <p><i>Gruppedeltakerne kan stille utdypende /oppklarende spørsmål om fakta hvis behov.</i></p> <p><i>Hva sier kunnskapsgrunnlaget oss?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Hvordan påvirker annen spesifikk fagkunnskap saken? Relatert til eks: funksjon, adferd, forventet forløp og symptomer osv?</i></li> <li><i>Hva har man gjort hittil?</i></li> </ul> <p><b>Fakta som mangler:</b> <i>Er det noen relevante fakta vi ikke har?</i></p>	<p>Hvem er de <b>berørte parter</b> og på hvilken måte er de berørt - Hva er viktig for de ulike partene og hva er deres syn på saken?</p> <p><i>Eks.: Pasient, pårørende, medarbeidere, andre?</i></p> <p><i>Hvordan opplever de ulike parter situasjonen? - Hva står på spill for den enkelte?</i></p> <p><i>Hvordan blir den som opplever det etiske problemet selv berørt?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Hvilke verdier aktualiseres eller</i></li> <li><i>Skjulte verdier</i></li> </ul> <p><i>Foreligger det verdikonflikt? - hvilke verdier/</i></p> <p><i>Eksempel 4 etiske helseetik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Rettferdighet</i></li> <li><i>Ikke-skade</i></li> <li><i>Velgjørene</i></li> <li><i>Selvbestemt</i></li> </ul> <p><i>estemmel</i></p> <p><i>Andre verdier?</i></p> <p><i>organisasjonens k</i></p> <p><i>Hvis verdikonflikt: kommer i konflikt om måte?</i></p> <p><i>Hvilke skjulte verd tradisjoner, vaner og antagelser kan ten våre valg og holdninger?</i></p>

**TRINN 6: HELHETSVURDERING. HVILKET HANDLINGSALTERNATIV ER BE**

*Helhetlig drøfting. Videre: Hvordan bør vi håndtere dette, og hvordan følger vi op*

spørsmål. Start gjerne med ordet «BØR...»

TRINN 4: PRINSIPPER OG LOVER		TRINN 5: HANDLINGSMULIGHETER
Hvilke prinsipper eller lover utfordres? Hva sier lover og retningslinjer som ev. aktualiseres?		
Hvilke prinsipper for autonomi, ikke-skadning, gjensidighet, samarbeid/medbestemmelse/medbestemmelse og verdier? Hvilke verdier og på hvilken måte kan disse påvirkes?	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Aktuelle lover og forskrifter, f.eks. pasientrettighetsloven, lov om helse- og omsorgstjenester, helsepersonelloven osv.</i></li><li>• <i>Serviceerklæringer, etiske retningslinjer,</i></li></ul>	

**Eksempelskjema og skjema til utfylling kan lastes ned her:**  
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/samarbeid-om-etisk-kompetanseheving/verktoy-og-metoder/>

TRINN 6: ALT TATT I BETRAKTNING:

Hva bør nå? Bør noe gjøres for å redusere ev. skadevirkninger?

## Hvor kan jeg henvende meg med en etisk utfordring?

Refleksjonsmodellen vi har beskrevet kan brukes av helsepersonell på egen hånd eller sammen med kolleger. Men man får gjerne større utbytte av å bruke den i et kollegafellesskap der en trenet etikkveileder leder drøftingen og bruken av modellen. To typer fora for systematisk etikkrefleksjon er etablert og i bruk mange steder i helsetjenesten:<sup>5</sup>

### *Etikkrefleksjonsgrupper*

En etikkrefleksjonsgruppe består av en gruppe kolleger (gjerning fra ulike profesjoner) som treffes på arbeidsstedet for å drøfte etiske utfordringer de står i – gjerne knyttet til pasienter de har et felles ansvar for. Det er ofte fem til åtte deltakere, jevnlig faste møter, og aller helst 60 eller 90 minutter avsatt til drøfting med bruk av refleksjonsmodellen. Pasient og pårørende er vanligvis ikke med, og det skrives ikke nødvendigvis noe referat fra drøftingen.

Etikkrefleksjonsgrupper er etablert i mange sykehjem og i noen grad også i andre tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste.<sup>6</sup> Som ansatt kan du foreslå for din leder at det startes etikkrefleksjonsgruppe på avdelingen.

---

5 I tillegg kan man henvende seg til profesjonsetiske råd. For mer om refleksjonsgrupper og etikkomiteer, se Gjerberg, E., Førde, R., Lillemoen, L. og Magelssen, M. (2020). Etikkrefleksjonsgrupper og klinisk etikk-komiteer. I: *Etikk i helsetjenesten*, red. Magelssen, Førde, Lillemoen og Pedersen. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 233–242.

For mer informasjon om betydning, råd, metoder og verktøy for praksisnær etisk refleksjon fra Etikksatsingen gå inn på nettsiden <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

6 For råd om hvordan etablere etikkrefleksjonsgrupper, se Magelssen, M., Karlsen, H.M., Pedersen, R. og Lillemoen, L. (2017). *Hvordan lykkes med etikkarbeidet?* Sykepleien <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/hvordan-lykkes-med-etikkarbeidet>

### *Kliniske etikk-komiteer*

Mens etikkrefleksjonsgrupper er en uformell gruppe som typisk består av kolleger fra samme avdeling, er en klinisk etikk-komité (KEK, også kalt etikk-r d) et mer formelt organ, for hele sykehuset/ helseforetaket eller for (hele eller deler av) kommunens helse- og omsorgstjeneste. Alle helseforetak er pålagt å ha en KEK, mens det pr. nå er 17 kommuner som har en KEK. Det er vanligvis åtte til 12 medlemmer, og mange profesjoner er representert. Det er også vanlig med eksterne representanter som fagetiker og brukerrepresentant. Alle – både helsepersonell, ledelse, pasienter og pårørende – kan henvende seg til KEK med ønske om drøfting av en sak. KEK inviterer pårørende og/eller pasient med i drøftingen når det ligger til rette for det, og skriver referat fra drøftingen. KEKs r d er kun rådgivende for de behandlingsansvarlige, ikke bindende.<sup>7</sup>

### **KS' og Senter for medisinsk etikks tilbud til helse- og omsorgstjenestene**

Etikksatsingen i KS er en nasjonal satsing som bistår kommunen regionalt og lokalt i deres arbeid med etisk kompetanseheving. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er oppdragsgiver og KS har gjennomføringsansvar. Etikksatsingen jobber primært gjennom regionale etikkveiledere. Veilederen har ulik utdannelse og kompetanse, men alle er erfarne fra kommunale helse- og omsorgstjenester. De er frikjøpt fra sin ordinære stilling i 20–40 % stillinger for å jobbe i satsingen. Veilederne bistår kommunene utfra kommunenes behov, ofte er det direkte veiledning i konkrete saker, metodekurs, lederkurs, innlegg på fagdager m.m. Dette kan foregå både gjennom fysiske

---

<sup>7</sup> Du finner oversikt over landets KEKer og kontaktinformasjon her: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/kek/>

arrangement og nettbasert. Etikksatsingen lager verktøy for etisk refleksjon basert på kommunenes behov og tilbakemeldinger. Vi lager praktiske etikkhefter, e-læringsverktøy, arrangerer regionale fagdager i etikk, månedlige etikk-webinar og etikk-kalendere. Kommunene tar selv kontakt med satsingen når de ønsker bistand fra etikksatsingen. Kontaktinformasjon ligger på nettsiden <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving> på KS.no.

Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo samarbeider med KS om etikkarbeidet for kommunal helse- og omsorgstjeneste, og har i tillegg et ansvar overfor helseforetakene. Gjennom undervisning, veiledning og forskning søker SME å styrke etikkkompetanse og etisk bevissthet i helsetjenestene. SME driver koordinering og fagutvikling av de kliniske etikk-komiteene i helseforetak og kommuner. SMEs arbeid er finansiert av Helsedirektoratet. Se <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/>

SME og KS samarbeider for å bruke våre felles ressurser til det beste for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forskning, evaluering og erfaringer vi har fra dette arbeidet gjennom mange år gjør oss trygge på at systematisk bruk av den kunnskapsbaserte metodikken vi har delt med dere gjennom dette veilederen vil gi bedre helse- og omsorgstjenester<sup>8</sup>.

---

8 Relevant forskning og evaluering ligger på nettsidene over.





Satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving finansieres  
av Helse- og omsorgsdepartementet og driftes av KS.  
Satsingens nettside: <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

ISBN 978-82-93100-64-5



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT