



# Veileder til 6-trinnsmodellen for etikkrefleksjon



Samarbeid om etisk  
kompetanseheving



# Innhold

<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>	9
<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>	13
<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>	15
<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>	20
<i>Trinn 6: Helhetlig drøfting/vurdering av handlingsalternativene</i>	20
<b>Hvor kan jeg henvende meg med en etisk utfordring?</b>	<b>20</b>
<i>Etikkrefleksjonsgrupper</i>	21
<i>Kliniske etikk-komiteer</i>	21
<b>Etikksatsingen og SME's samlede tilbud til helse- og omsorgstjenestene</b>	<b>22</b>



## Forord

Helsetjenestene i Norge er primært av god kvalitet. En av grunnene til det er at det bygger på gode verdier og helseetiske prinsipper. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker at kommunenes etikkarbeid skal være tett knyttet til det øvrige kvalitet- og fagutviklingsarbeidet. Praksisnær etikkrefleksjon styrker den enkelte ansattes etiske kompetanse; å identifisere, reflektere og håndtere etiske utfordringer i praksis. Og nettopp fordi etikkrefleksjon bidrar til kontinuerlig forbedring, løftes det frem som en god arbeidsmetodikk i ulike stortingsmeldinger og veiledere.

Etikk handler om å ivareta viktige verdier. Når vi står overfor etiske utfordringer, handler det ofte om verdier som kommer i konflikt. En måte å håndtere verdikonflikter eller etiske utfordringer på, er gjennom systematisk etikkrefleksjon. For å få til en god refleksjon, kan det være nyttig å bruke en refleksjonsmodell. En refleksjonsmodell kan hjelpe oss å sette ord på etikken, systematisere

refleksjonen samt sikre at vi ivaretar alle berørte parter. 6-trinnsmodellen (også kjent som SME-modellen), som presenteres i dette heftet, er et eksempel på en slik refleksjonsmodell.

Tilbakemeldinger fra kommunene tyder på at systematisk etikkrefleksjon bidrar til god kvalitet, øker pasientsikkerheten, øker involvering av tjenestemottakere og pårørende og forebygger bruk av tvang. For ledere er systematisk etikkrefleksjon en måte å drive verdibasert ledelse på, og gjøre arbeidsstedet til en lærende organisasjon, hvor en uheldig hendelse er en mulighet for læring. Ledere melder også om at modellen er god på egne lederutfordringer. Ansatte forteller at det gir energi å snakke om «det som er viktigst», at etikkrefleksjon forebygger moralsk stress, bidrar til psykologisk trygghet og økt yrkes stolthet.

Det er mange gode grunner til å prioritere systematisk etikkrefleksjon. Dette heftet er et verktøy for å få det til i praksis.

Hanne Norum Hollekim, regional rådgiver i satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving i KS, og Anne Kari Tolo Heggstad, ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, har hatt hovedansvaret for å utvikle veilederen. Kommunale etikkveiledere, med flere, har bidratt med testing og tilbakemeldinger.

Vi håper heftet blir til nytte!



## Innledning

Veileder for 6-trinnsmodellen for etikkrefleksjon er et hefte hvor ansatte og ledere får en 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.

Etikkrefleksjon kan bidra til kvalitetsheving, bedre pasientsikkerhet, bedre pårørendesamarbeid, trygghet og åpenhet for andres kompetanse med mer.

Systematisk etikkrefleksjon kan videre bidra til at ansatte tilegner seg kompetanse til å identifisere, reflektere over og håndtere vanskelige etiske utfordringer i arbeidshverdagen nærmest brukerne. Samtaler for å avklare etiske spørsmål med kollegaer man har tillit til underveis

gjennom arbeidsdagen er viktig og bra. Systematisk etikkrefleksjon er imidlertid noe annet. Den skal være forankret, planlagt, ledet, og helst gjøres ved hjelp av 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.

Ansatte i tjenestene har lenge brukt modeller lik den vi presenterer i dette heftet, og de ønsker en veileder slik at det blir mer tid til selve refleksjonen og mindre tidsbruk til å huske metoden fra gang til gang. Vi har med dette heftet forsøkt å svare ut bestillingen. Modellen er særlig god når man har behov for å sortere en situasjon og finne gode handlingsalternativ.



# 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. I en vanlig arbeidshverdag kan det oppstå mange etiske utfordringer, og vi ser at ny teknologi, nye behandlingsmuligheter og rammevilkår kan skape nye etiske utfordringer.<sup>1</sup>

1 Magelssen, M. og Pedersen, R. (2025). Hva er «etikk» i helsetjenesten? I: *Etikk i helsetjenesten*, 2. utg. 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, og for god og riktig medvirkning fra 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.<sup>2</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*

### 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

<sup>2</sup> SME-modellen ble utviklet av Reidun Førde, Lillemoen, L., Gjerberg, E. og Nortvedt, P. (2025. 2. utg.). Refleksjon over klinisk-etiske dilemma. I: *Etikk i helse-tjenesten*, red. Magelssen, Førde, Lillemoen og Pedersen. Oslo: Gyldendal Akademisk, kap. 20.

av spørreordet «bør». Eksempelvis: *Bør vi fatte vedtak om bruk av 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>3</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 og beslutningskompetanse (samtykkekompetanse).
- 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).

3 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 ulike 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.
- *Velgjørighet* – 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 vekting 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 parterers syn på saken, til konkrete verdier, prinsipper og lover. En måte å gjøre det på er å spørre hvordan de berørte parterers 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 tiltagende demens gjennom flere år. For to år siden fikk hun et hjerneslag. 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 har en samtale 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 har forsont seg 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. Diagnosen til pasienten og den medisinske behandlingen er relevant i denne situasjonen. Hva legen tenker rundt pasientens prognose vil også være relevant. I dette tilfellet vil det videre 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. Siden dette er en situasjon hvor pasienten motsetter seg helsehjelp, vil det også være relevant å kartlegge fakta knyttet til beslutningskompetanse.

## 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 overlatt 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. I dette eksemplet støtter de ansatte 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, Hun er berørt, fordi det er hennes beslutning som blir utfordret. Det å ha det endelige beslutningsansvaret kan ofte være krevende. 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 *velgjørenhetsprinsippet* handler her 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 pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om samtykke til helsehjelp i kapittel 4, samt kapittel 3 som omhandler retten til pasient- og brukermedvirkning og nærmeste pårørendes rettigheter. Dessuten er det relevant å trekke fram helsepersonellovens bestemmelser om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

## REFLEKSJONSGUIDE

### TRINN 1: DET ETISKE PROBLEM / SPØRSMÅL:

*Beskriv problemet kort i en setning. Start gjerne med ordet «Bør...»*

<b>TRINN 2: FAKTA</b>	<b>TRINN 3: BERØRTE PARTER</b>
<p>Hva er fakta i saken? Viktig å bli enige om hva som er objektive fakta og hva som eventuelt er tolkning.</p> <p><b>SKRIV NED FAKTA</b></p> <p><i>Gruppedeltakerne kan stille utdypende /opplarende spørsmål om fakta hvis behov.</i></p> <p><i>Hva sier <b>kunnskapsgrunnlaget</b> 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>Eksempel: 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>

**Eksempelskjema og skjema til utfylling kan lastes ned her:**  
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/samarbeid-om-etisk-kompetanseheving/verktoy-og-metoder2/hovedmodeller-for-etisk-refleksjon/>

<b>TRINN 4: VERDIER, PRINSIPPER OG LOVVERK</b>		<b>TRINN 5: HANDLINGS-ALTERNATIVER</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke <b>verdier/prinsipper</b> aktualiseres eller utfordres?</li> <li>• Skjulte verdier?</li> </ul>	Hva sier relevante <b>lover og retningslinjer</b> ?	
<p><i>Eksempel: de fire helseetiske prinsipper</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rettferdighetsprinsippet</i></li> <li>• <i>Ikke-skade-prinsippet,</i></li> <li>• <i>Velgjørhetsprinsippet</i></li> <li>• <i>Autonomiprinsippet (selvbestemmelse/medbestemmelse),</i></li> </ul> <p><i>Organisasjonens verdier</i></p> <p><i>Andre verdier?</i></p> <p><i>Hvis verdikonflikt: hvilke verdier eller prinsipper kommer i konflikt og på hvilken måte?</i></p> <p><i>Hvilke skjulte verdier (eks tradisjoner, kultur, vaner og antagelser) kan tenkes å påvirke våre holdninger og valg?</i></p>	<p><i>Eksempel på aktuelle lover og forskrifter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i></li> <li>• <i>Lov om helse- og omsorgstjenester</i></li> <li>• <i>Helsepersonelloven</i></li> <li>• <i>Serviceerklæringer, etiske retningslinjer osv.</i></li> <li>• <i>Veiledere fra helsedirektoratet</i></li> <li>• <i>Forskrifter</i></li> </ul>	<p><i>Hvilke mulige <b>handlingsalternativer</b> finnes?</i></p> <p><i>Viktig å ta med alle mulige alternativ. Det hender det bidrar til å finne gode løsninger som ingen så i forkant.</i></p>

**TRINN 6: HELHETSVURDERING.****HVILKET HANDLINGSLTERNATIV ER BEST, ALT TATT I BETRAKTNING:**

Helhetlig drøfting. Videre: *Hvordan bør vi håndtere dette, og hvordan følger vi opp nå? Bør noe gjøres for å redusere ev. skadevirkninger?*

### **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.

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

Refleksjonsmodellen som 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 trent etikkveileder leder drøftingen og bruken av modellen. To typer fora

for systematisk etikkrefleksjon er etablert og i bruk mange steder i helsetjenesten:<sup>4</sup>

### ***Etikkrefleksjonsgrupper***

En etikkrefleksjonsgruppe består av en gruppe kolleger ( gjerne 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>5</sup> Som ansatt kan du foreslå for din leder at det startes etikkrefleksjonsgruppe på avdelingen.

### ***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/

4 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. (2025). Etikkrefleksjonsgrupper og klinisk etikk-komiteer. I: *Etikk i helsetjenesten*, red. Magelssen, Førde, Lillemoen og Pedersen. Oslo: Gyldendal Akademisk, kap 17. For mer informasjon om betydning, r d, metoder og verktøy for praksisnær etisk refleksjon fra Etikksatsingen gå inn på nettsiden <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

5 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>

helseforetaket eller for (hele eller deler av) kommunens helse- og omsorgstjeneste. Alle helseforetak er pålagt å ha en KEK, mens det pr. 2025 er etablert i 18 kommuner. 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 råd er kun rådgivende for de behandlingsansvarlige, ikke bindende.<sup>6</sup>

## **Etikksatsingen og SME's samlede tilbud til helse- og omsorgstjenestene**

Etikksatsingen i KS er en nasjonal satsing som bistår kommunenes arbeid med etisk kompetanseheving tett knyttet til fagutviklings- og kvalitetsarbeid. Etikksatsingen har regionale etikkrådgivere som bistår kommunene regionalt og lokalt. De kan bistå ledere og ansatte med metodekurs, lederkurs, forankringsarbeid, innlegg på fagdager m. m. Etikksatsingen lager praksisnære verktøy i samarbeid med etikkveiledere i kommunen og ulike fagmiljøer for å være tett på aktuelle utfordringer og behov. Etikksatsingen deler ut den årlige etikkkprisen. Kommunene kan ta direkte kontakt når de ønsker bistand fra etikksatsingen. Nettsiden på KS.no er oppdatert og viser det aktuelle tilbud. Her finner man også alle verktøyene digitalt. Se <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

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

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>7</sup>.

7 Relevant forskning og evaluering ligger på nettsidene over.

Samarbeid om etisk kompetanseheving er en nasjonal satsing som støtter kommunenes arbeid med praksisnær etikerefleksjon regionalt og lokalt. Satsingen har et formelt samarbeid med Senter for medisinsk etikk.

Satsingens nettside:

<http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>

2025:

Trykk: ISBN 978-82-93866-81-7

Nett: ISBN 978-82-93866-82-4

