



Klinisk etikkomité
Halden kommune



HALDEN
KOMMUNE

Systematisk etikkarbeid i Halden kommune – fra idé til praksis?

Jubileumshefte, KEK Halden 10 år



Innhold

Forord	3
Etikk og verdier	4
Medisinsk- og helsefaglig etikk	5
Fire helseetiske prinsipper	5
Etikkrefleksjon	6
En modell for etikkrefleksjon	7
Fag, etikk og juss – er det mulig å skille?	10
Systematisk etikkarbeid i Halden kommune	11
Et historisk tilbakeblikk	11
Lokalt nettverk for etikkveiledere	13
Halden-modellen	13
Etikkrefleksjonsgrupper (ERG) i Halden kommune	14
Anbefalinger	15
Klinisk etikkkomité (KEK) Halden kommune	16
Et aktuelt spørsmål til refleksjon	17



Forord

I anledning av at Klinisk etikkomité (KEK) Halden fyller 10 år i november 2021, utgis dette jubileumsheftet. Heftet er ment å fylle to funksjoner: 1) å tilføre et kunnskapsbidrag om etikk og etikkrefleksjon, og 2) å gi et historisk tilbakeblikk.

Jubileumsheftet gir også et innblikk i hvordan fag, etikk og juss ofte er sammenvevd i etiske problemstillinger, og gir noen refleksjoner over begrepet «godt nok». I løpet av 10 år, har både ansatte og innbyggere vært involvert i KEKs arbeid på ulike måter. KEK Halden takker hver og en av dere for gode samtaler, interessante diskusjoner, lærerike innspill og refleksjoner over krevende spørsmål. Problemstillinger og temaer som har vært drøftet i denne perioden er mange, og et utvalg presenteres kort i jubileumsheftet. Sammen består problemstillingene av krevende spørsmål, problemstillinger som med fordel kan drøftes på tvers av avdelinger, enheter og kompetanseområder. I spørsmål som ikke har fasitsvar eller når helsepersonell opplever at verdier kommer i klem, kan refleksjon over det problematiske eller bistand til å rydde i det vanskelige være verdifullt. Det kan KEK Halden bidra med. Eksempler på prinsipielle etikkdrøftinger kan du lese om på KEKs egen nettside. Konkrete etikkdrøftinger kan dessverre ikke deles av personvern hensyn. På nettsiden finner du kontaktinformasjon og supplerende opplysninger om KEK Halden sitt arbeid. Til deg som ønsker ytterligere informasjon om systematisk etikkarbeid, se nasjonal ressurside for Etikk i helsetjenesten.

Takk til professor i medisinsk etikk, Per Nortvedt for tekstbidrag i boken, og medlemmer av Klinisk etikkomité i Halden for diskusjon om innhold. Vi håper du finner jubileumsheftet interessant, og ser frem til nye etikkdrøftinger og videre samarbeid fremover. Ikke nøl med å ta kontakt dersom du trenger bistand til å drøfte en etisk utfordrende situasjon.

Halden, november 2021

Klinisk etikkomité (KEK) Halden



Etikk og verdier

Etikk dreier seg om verdier og verdispørsmål, mer konkret det vi betegner som «andrerettede» verdier, verdier som fokuserer på andre personers ve og vel. Selv om penger også har en aktualitet innenfor etikk, for eksempel når det kommer til spørsmål om ressursbruk, er det ressursbrukens betydning for individer etikken er opptatt av. Etske verdier kjennetegnes av at de begrunner handlinger som er gode og rette. De motiverer oss til å handle rett og på den rette måten. Et eksempel er å vise omtanke og respekt for den andres grenser ved å bidra til medvirkning, samt understøtte og respektere evne til samtykke. Både profesjonell helsehjelp og frivillighetsarbeid bygger på det samme fundament om å handle til pasientens beste.

Normer og prinsipper springer ut fra etiske verdier. Mens en norm er en konkret handlingsregel om hva man bør gjøre, er et etisk prinsipp et mer generelt uttrykk for en bestemt verdi. For eksempel uttrykker prinsippet om respekt for pasientens selvbestemmelse (autonomi), en vektlegging av autonomi som verdi. Normen (handlingsregelen) i slike tilfeller er at du i dine handlinger skal respektere pasientens kompetente og selvstendige valg.

Etske verdier kan være ærlighet, tillit, rettferdighet og frihet. Halden kommune har valgt fire verdier; – åpenhet, tillit, respekt og redelighet. Verdiene er ment å gjenspeile kommunens mål om å holde en høy etisk standard i all sin virksomhet og være seg bevisst sitt ansvar som modell i lokalsamfunnet. Etisk bevissthet er viktig i all samhandling med byens innbyggere. Kommunalavdeling helse og mestring har i tillegg valgt en egen visjon: *Sammen om et godt liv – Tjenester basert på faglighet og brukermedvirkning, som ivaretar trygghet, verdighet og mestring.*

Medisinsk- og helsefaglig etikk

Etikk er læren om det gode liv, og hvordan en kan handle til det beste for andre mennesker; – gjennom å skape tillit, være sannferdig og ærlig, fordele goder rettferdig, fremme det som er nyttig, og være empatisk og omsorgsfull.

Fire helseetiske prinsipper

I helsetjenesten og i helsefaglig etikk, opererer vi med fire kjerneverdier formulert som helseetiske prinsipper. Prinsippene har sitt grunnlag i etiske teorier og tanke-systemer som omhandler våre dyder og egenskaper til å handle rett og godt (dyds-etikk), hvilke plikter vi har overfor andre mennesker (pliktetikk) og hvordan vi skal fremme og skape de beste konsekvenser for berørte parter (konsekvensetikk).

«Fireprinsippsetikken» er ment å fungere som et bindeledd mellom etiske teorier og vår allmennmoral. Prinsippene er mer konkrete enn etiske teorier men mer generelle enn detaljerte handlingsregler. At de ikke er for konkrete, er viktig.

De fire helsefaglige prinsippene

- **Velgjørhetsprinsippet** viser til å handle i pasientens interesse, – til pasientens beste. Dette er et fundamentet i all helsehjelp. Velgjørhetsprinsippet er også uttrykt i Helsepersonelloven § 4, i kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (lov om helsepersonell, 1999). Hva som er pasientens beste er en avgjørelse som tas med bakgrunn i faglig kunnskap og innsikt i pasientens opplevelse av livskvalitet og helsesituasjon, samt kunnskap om hva pasienten selv og/eller pårørende ønsker. Velgjørhetsprinsippet kan også forstås som et prinsipp om å skape mest mulig velferd og helsegoder for flest mulig personer ut fra de ressurser en har til rådighet.

- **Ikke skade-prinsippet** er som velgjørhetsprinsippet et gammelt hippokratisk prinsipp, og handler om å minimalisere ubehag, smerte, krenkelser eller annen belastning som springer ut fra individets særegne sårbarhet. Det spesifiserer i mange henseender hva du ikke skal gjøre mot pasienten, hvor lindring og ivaretagende omsorg står sterkt. Prinsippet legger føringer for hvordan du skal oppføre deg – være varsom og empatisk, og ikke utsette pasienten for unødige smerte eller belastninger. Ikke skade prinsippet er ment å beskytte pasienten mot dårlig praksis og feil behandling.

- **Autonomiprinsippet** ivaretar respekt for menneskeverd gjennom selvbestemmelse og medvirkning. Autonomiprinsippet sier at en pasient som er kompetent til å ta beslutninger om egen helse, skal respekteres for sine valg. Det ivaretar pasientens rett til å nekte behandling eller hjelp, selv om hjelpen vil kunne være til hans/hennes beste. Dette innebærer ikke samtidig en rett til å kreve behandling som er uforsvarlig, skadelig eller som bryter med anerkjente faglige normer. I dagens helsetjeneste anses autonomiprinsippet som et vern mot maktovergrep og paternalisme, samtidig som prinsippet framhever grunnleggende menneskerettigheter og respekt for pasientens personlige integritet.

- **Rettferdighetsprinsippet** er blitt særdeles viktig i det moderne helsevesenet. I diskusjoner om hvordan vi skal fordele begrensede helseressurser ut fra tanken om likebehandling og prioritering av de mest trengende, er etiske teorier og prinsipper om rettferdighet til hjelp og av interesse. Rettferdighet impliserer at pasienter skal ha lik tilgang til forsvarlige tjenester, uavhengig av deres sosiale status, kjønn, religion og hudfarge. Prinsippet sier også at når en skal prioritere og vurdere hva helsetjenesten skal bruke penger på, må man også ta hensyn til samfunnets samlede ressursbruk.

Det innebærer at de kan gi veiledning til forskjellige situasjoner som har moralske fellestrekk, som at pasientens autonomi er truet, eller at det foregår urimelig forskjellsbehandling av pasienter. Samtidig kan de ikke være så overordnet og allmenne at de ikke kan brukes i konkrete kliniske situasjoner.

Etikkrefleksjon

Etikk og moral er to begreper vi ofte bruker om hverandre. Når vi skiller begrepene forstår vi moral som de verdier og normer som preger vår praksis, mens etikk er den systematiske tenkningen med grunnlag i verdier og normer. Etikk kan derfor forstås som refleksjon over egen og andres moralske praksis. Etikk er ikke bare abstrakte teorier og tankesystemer, men også praktiske filosofier. Hensikten er å løse problemer og konflikter i verdispørsmål. Etikkrefleksjon er prosessen hvor vi tenker etter, drøfter og vurderer etiske problemer. Noe av hensikten med klargjøringen av etiske prinsipper og begreper, er at disse har en viktig funksjon i etisk refleksjon og problemløsning.

Et etisk problem kan karakteriseres av at vi er usikre, for eksempel at vi er i tvil om hva vi skal gjøre, eller det kan være uenighet om hva som er godt eller rett å gjøre i en gitt situasjon.

Hensikten med etikkrefleksjonen er å forstå mer av det aktuelle og belyse problemstillingen sammen med de involverte. Målet er også å undersøke hvilke alternative måter problemet kan håndteres på, og om mulig konkludere med det alternativet som er det beste valget. Overordnet kan vi si at etikkrefleksjonens hensikt er god praksis, eller mer konkret et kvalitetsforbedrende tiltak i helsefaglig praksis.

Når vi snakker om etikkrefleksjon som et hjelpemiddel i tilknytning til et arbeid som sykepleiere, helsefagarbeidere, leger eller også frivillige i helse- og omsorgstjenester utfører, anbefaler vi at etikkrefleksjon er et tilbud til alle interesserte, at det gjennomføres i grupper, at etikkrefleksjon er en del av deltakernes arbeid, og at refleksjonen foregår på en strukturert måte. Gjennom etikkrefleksjonsgrupper (ERG), kan deltakerne lære av og med hverandre ved at man deltar i refleksjonen over hverandres erfarte etiske problemer.

En etikkrefleksjon bør ta utgangspunkt i en konkret hendelse preget av usikkerhet om hvordan man bør/burde håndtere den. Fordelen med å ta utgangspunkt i konkrete hendelser er at det gir anledning til å undersøke situasjonen på et mer personlig plan enn om utgangspunktet er fiktive eller tenkte hendelser. Det er ofte i det konkrete, og i det som berører oss personlig at ny innsikt er å finne.

En modell for etikkrefleksjon

Det finnes flere modeller for å strukturere etikkrefleksjon. I Halden anvender vi en versjon av SME-modellen¹, en 7-punkts diskursetisk modell. Modellen er nyttig for å rydde i tanker og opplevelser knyttet til et etisk problem. Modellen strukturerer etikkrefleksjonen, bidrar til at berørte parter synspunkter, verdier og normer samt handlingsmuligheter

identifisere. Det er et ideal at alles synspunkter teller likt. Refleksjonen dreier seg med andre ord ikke bare om hva jeg tenker om situasjonen, hva som er viktig for meg. Like viktig er de verdier og normer som står på spill for andre berørte parter i tilknytning til situasjonen, deres synspunkter, interesser, verdier og normer.

SME-modellen



¹ **SME-modellen:** En modell utviklet ved Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo.
Referanse: Magelssen M., Førde R., Lillemoen L., Pedersen R. Etikk i helsetjenesten, Oslo, Gyldendal 2020.

Det etiske spørsmålet

anbefaler vi å formulere ved hjelp av spørreordet «bør», det sier noe om den usikkerhet som knytter seg til det aktuelle problemet. «Bør jeg «tvinge» pasienten til å spise selv om han motsetter seg det?» Det etiske spørsmålet skal være kort og si klart hva problemet er. Usikkerheten dreier seg om det er rett å prøve, på alle måter, å få pasienten til å spise, selv om det er mot hans vilje. Ofte har man ikke en klarhet i hva problemet er, kanskje er det bare en opplevelse av at situasjonen er vanskelig og man er usikker på hva situasjonen dreier seg om. Det er ikke uvanlig at man må vente til et stykke ut i refleksjonsprosessen før man oppdager hva problemet er.

Fakta i saken

dreier seg om å avdekke hva som er relevante fakta i saken. Her gjelder det å avgrense seg til det som er fakta, og relevant for det etiske spørsmålet. Her dreier det seg om man bør bearbeide/ «tvinge» pasienten til å spise selv om pasienten motsetter seg det. Fakta kan være: Pasienten er en mann på 80 år som bor på sykehjem; har en lett demens; har et relativt godt språk; reagerer noen ganger med sinne når han føler seg presset; han nekter oftere og oftere å spise og preges av at han er dårlig ernært; hviler ofte på dagtid; uttrykker at han snart kommer til å dø, sier «snart er det nok min tur».

Berørte parter syn og interesser

I spørsmålet som stilles, er spørsmålsstilleren (sakseier) selv en berørt part. Sakseier syns det er vanskelig å være vitne til at pasienten stadig blir tynnere og preget av underernæring. Å tvinge mat i pasienter synes helt feil, – lirke og lokke ja, men ikke tvinge. Kanskje har pasienten «lagt seg ned for å dø», føler han seg syk eller at han er deprimeret? Det som er viktig er både å respektere pasientens valg, men også å vise omsorg, og prøve å motivere han til å spise. Pasienten er også en berørt part som signaliserer at han ikke vil spise. Det fremkommer ikke årsak til at han ikke vil spise. Pasientens pårørende er også berørte parter. De ønsker at personalet bearbeider pasienten slik at han får i seg mat. Når de er på besøk bruker de tid på å få han til å spise og ofte lykkes de. Pårørende gir uttrykk for at pasientens uvilje trolig dreier seg om at maten på sykehjemmet er smakløs og lite innbydende. Andre berørte parter kan være avdelingens øvrige personale og pasientens lege. Det er av betydning å få kjennskap til berørte parter vurderinger, samt synliggjøre hvordan de er berørt, hva som står på spill for dem.

Verdier og prinsipper

For helsepersonell er pasientens beste sentralt. Vi kan bruke det etiske prinsippet velgjørenhet her for å gjøre det tydelig hva det dreier seg om for saks-eieren. Er det å gjøre vel for pasienten å bearbeide

han slik at han går med på å spise? Hvis pasienten ikke presses til å spise, er det å respektere pasientens selvbestemmelse? Men hva hvis det er en fysisk forklaring på at han nekter å spise, er det å ikke gjøre noe å forstå som at ikke-skade prinsippet settes til side? Pasienten har en demensdiagnose, vil det ha betydning for hans autonomi? Hva med hans kompetanse til å ta beslutninger på egne vegne, er den så svekket at han trenger hjelp til å foreta valg som dette?

Lover og retningslinjer

Av juridiske retningslinjer er kanskje helsepersonelloven § 4 som omhandler faglig ansvarlig og omsorgsfull hjelp relevant, i tillegg til pasient- og brukerrettighetslovens § 4-1 som sier at all helsehjelp som utgangspunkt skal være basert på pasientens samtykke, men også kapittel 4A som omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykke som motsetter seg helsehjelpen (for ytterligere fordypning i vurdering av samtykkekompetanse, se: <https://studmed.uio.no/elaring/fag/etikk/samtykke/index.shtml>).

Mulige handlingsalternativer

1. Sakseier godtar pasientens motvilje mot å ta til seg føde, og aksepterer at pasienten ikke spiser. Da vil det være pasientens rett til å ta valg på egne vegne som vektlegges (autonomiprinsippet).

2. Sakseier kan bearbeide og overtale pasienten til å spise, – lirke og lokke, kanskje spise sammen med han, og slik påvirke pasienten til å spise til tross for sin opprinnelige motvilje. Det betyr en vektlegging av velgjørhetsprinsippet, og trolig også ikke-skadeprinsippet. I tillegg kan sakseieren sørge for at pasientens munnhule og svelg blir undersøkt slik at det ikke er fysiske hindringer som for eksempel en alvorlig soppinfeksjon som er forklaringen på at pasienten motsetter seg å spise.

3. Sakseieren kan forsøke å tvinge mat i pasienten, og kanskje begrunne det med ikke-skade prinsippet. Dette vil trolig være en krenkelse av pasientens integritet og autonomiprinsippet settes til side.

Helhetsvurdering

Trolig vil det beste handlingsalternativet være nr. 2, dette vil være i samsvar med ønsket om velgjørighet for pasienten, at det tas hensyn til ikke-skadeprinsippet, og sakseier unngår å krenke pasientens integritet og rett til autonomi. Selv om pasienten har en demensdiagnose er ikke det ensbetydende med at han ikke kan være medbestemmende i valg som gjelder han selv. Likevel er det trolig aktuelt å gjøre en vurdering av hans samtykkekompetanse, – manglende samtykkekompetanse gir pasientens pårørende rettigheter blant annet som beslutningstakere på pasientens vegne, – dog aldri til å ta valg som er i konflikt med pasientens uttrykte vilje.

Etiske problemstillinger er en del av mellommenneskelig praksis. Selv om man ikke alltid løser de etiske problemene i etikkdrøftinger, er etikkrefleksjonen ofte lærerik. Etikkrefleksjon gir tilgang til kollegaers tanker og vurderinger, – økt forståelse og en bedre håndtering av vanskelige verdivalg. For ytterligere informasjon om en etikkrefleksjon i praksis, se: <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/kurs/etikkrefleksjon/>.

Fag, etikk og juss – er det mulig å skille?

Å skille fag, etikk og juss kan for være vanskelig. Når ansatte i helse- og omsorgstjenesten opplever å stå i krevende situasjoner, er problemstillingene ofte sammenvevd av flere faktorer. «Vanskelige situasjoner» kan la seg skille. Faglige problem løses/besvares primært ved hjelp av sikker faglig kunnskap, mens etiske problem involverer verdivurderinger som ikke er spesifikk helsefaglig kunnskap. Sistnevnte kan medføre at helsepersonell ikke nødvendigvis er eksperten. Når etiske problemstillinger drøftes, er det ofte behov for å rydde i det vanskelige. Det kan innebære å identifisere hvordan fag, etikk og juss aktualiseres i den konkrete situasjonen. Vi illustrerer et mulig skille med et forenklet og godt kjent eksempel; – Gudrun nekter å dusje.

Det aktuelle:

Gudrun har siden innleggelse på korttidsposten nektet å ta imot hjelp til å dusje. Personalet ønsker å observere hun, hjelpe henne med dusj, og tilby rent undertøy. Gudrun har ifølge personalet en skjemmende kroppslukt, og andre pasienter reagerer. Det er tre dager siden innleggelse, og Gudrun nekter å ta imot hjelp. Er dette en faglig, etisk eller juridisk problemstilling? Eller berøres alle de tre fagfeltene? Et skille kan forenkles ved å se på hvordan vi spør, hva er vi usikre på? Hjelpespørsmål kan være:

- Har vi lov til å tvinge pasienten til å dusje? – Det vil i hovedsak være et **juridisk** spørsmål, vi er usikre på om vi i det hele tatt har lov.
- Bør vi tvinge pasienten til å dusje mot sin vilje? – Det vil i hovedsak være et **etisk** spørsmål, vi er usikre på hva som er rett å gjøre.
- Hvordan kan jeg dusje pasienten mest mulig skånsomt? – Det vil i hovedsak være et **faglig** spørsmål, beslutningen om at dusjen skal gjennomføres er tatt, men du er usikker på hvordan tiltaket kan gjennomføres mest mulig skånsomt for pasienten.

Systematisk etikkarbeid i Halden kommune

Et historisk tilbakeblikk

Halden sykehjem deltok fra 2006 i Kvalitets-kommuneprogrammet, et tiltak som lokalt førte til et trepartssamarbeid mellom ansatte, tillitsvalgte og politikere. Målet var å initiere små og store fagutviklingsprosjekt som kunne bidra til å øke kvaliteten på tjenestene, og å redusere sykefravær.

Mange tiltak og prosjekt ble iverksatt, og i 2008 førte en kartleggingsundersøkelse blant ansatte til en ny idé: ansatte ønsket et fokus på kommunikasjon, holdninger og etiske utfordringer. «Zareptas krukke» – en krukke som aldri blir tom, ble et symbol² for å arbeide med etikk og etisk refleksjon, en satsing som ikke ferdigstilles, men som fordrer både systematikk, kompetansebygging og videreutvikling over tid.



² Krukken er malt av etikkveileder Camilla Haug.

Halden sykehjem, søkte om bistand til å komme i gang fra Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), og fikk innpass som deltakerkommune i et stort nasjonalt etikkprosjekt, *Samarbeid om etisk kompetanseheving*. Som et supplement søkte Halden sykehjem også bistand til kompetanseheving og veiledning fra Senter for medisinsk etikk (SME), ved Universitetet i Oslo.

Både KS og SME ble sentrale samarbeidspartnere, og våren 2009 startet en systematisk kompetanseheving. Ressurspersoner i prosjektet deltok på nasjonale seminar, i nasjonale og regionale nettverk, og arrangerte i samarbeid med KS og SME, lokale kurs. Kursene besto av ledersamlinger, obligatorisk grunnkurs i etikk for alle ansatte og en etikkskole for etikkveiledere som ga merkompetanse i etikk og i å veilede etikkrefleksjonsgrupper (ERG).



Etikkskolen ga uttelling for etikkveilederne, et kursbevis med godkjenning av 30 timer for klinisk stige, godkjent fra NSF (Norsk sykepleierforbund) og Fagforbundet. Senere har flere fagorganisasjoner innenfor helse godkjent kurskonseptet.

I 2010 gjennomførte Halden kommune en omorganiseringsprosess, og «Zareptas krukke ble utvidet til 13 avdelinger. Grunnkurs i etikk og etikkskole for nye etikkveiledere ble iverksatt i hele enhet sykehjem.

Våren 2011 ønsket ressurspersoner å videreutvikle etikksatsingen og en tverrfaglig sammensatt etikkkomité på tvers av kommunalavdelingen ble etablert. Erfaringen så langt hadde vist at etikkveiledere opplevde å stå i komplekse problemstillinger som med fordel kunne vært løftet til en tverrfaglig etikkkomité med bred faglig og etisk kompetanse. På det tidspunktet var det kun en håndfull av landets

kommuner som hadde etablert en KEK, mens det var gode erfaringer fra sykehus. Etikkkomitémedlemmer deltok sammen med ledere på tvers av kommunalavdelingen, på et kick-off seminar på Park hotell, i samarbeid med Senter for medisinsk etikk.

Etikksatsingen i Halden ble lagt merke til, også nasjonalt. Halden kommune, ved enhet sykehjem, ble nominert og vant en nasjonal etikkpris i 2012, for sitt systematiske arbeid med etikk over tid. Prispengene, den gang 50.000 kroner, ble anvendt for å spre etikkkompetanse på tvers av kommunalavdeling helse- og omsorg, og KEK Halden fikk et koordineringsansvar for kommunens etikksatsing og opplæringstiltak (se Halden-modellen). Tilbudet om etikkskole ble utvidet, og avdelinger på tvers av kommunalavdelingen fikk bistand til å starte etikkrefleksjonsgrupper. Rundt 100 etikkveiledere har totalt deltatt i tilbudet.

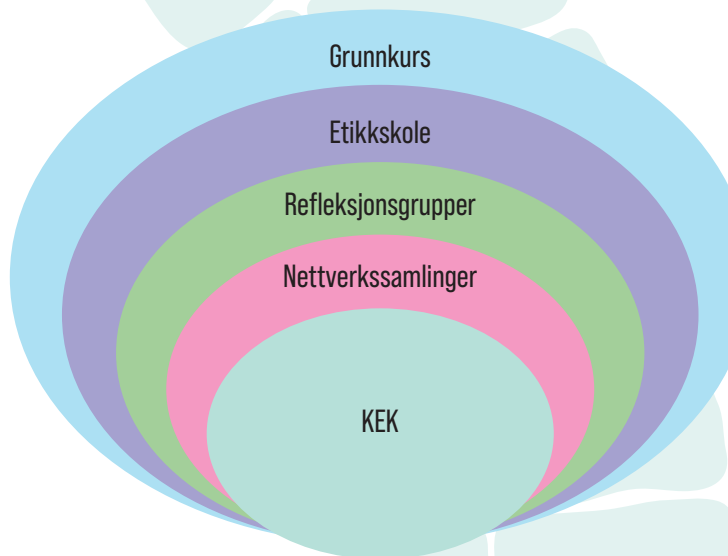
Lokalt nettverk for etikkveiledere

En etikkveileder er en person som leder etikkaktiviteter på arbeidssstedet, gjerne i en refleksjonsgruppe. Rollen som etikkveileder er krevende, blant annet fordi vedkommende veksler mellom å være en kollega og å veilede kollegaer. Siden 2009, har nye og gamle etikkveiledere hatt tilbud om jevnlig nettverksmøter, frem til 2015 månedlig, senere ved behov. Intensjonen med nettverksmøter på tvers av kommunalavdelingen, er å dele erfaringer, møte andre i samme rolle, få faglig input og veiledning. Tiltaket var ment å forebygge utbrenthet blant etikkveilederne gjennom tilbud om veiledning i etikkveilederrollen, og i å håndtere etisk krevende situasjoner. Erfaringen nå er at det er få etikkveiledere i Halden kommune som klarer å prioritere tiltaket, og å gjennomføre jevnlig ERG på sine avdelinger.

Halden-modellen

Halden-modellen er inspirert av en modell beskrevet i «La etikken blomstre i praksis»³, – en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen. Modellen er viderutviklet og tilpasset lokale forhold. Med en systematisk tilnærming, viser modellen at KEK fungerer som et nav for kommunens systematiske

etikkarbeid, gjennom kompetanseutvikling i etikk, praksisnær refleksjon over etiske spørsmål i arbeidshverdagen (ERG), samt systematiske etikkdrøftinger i en etikkkomité. Modellen gir også et visuelt bilde av et trinnvis kompetanseopplæringsprogram; – tilbud om grunnkurs i etikk for alle ansatte, etikkskole for etikkveiledere, etikkrefleksjonsgrupper(ERG) i praksis, nettverkssamlinger for etikkveiledere og en klinisk etikkkomité (KEK) som fasiliteterer, organiserer og utvikler arbeidet gjennom kursvirksomhet, etikkdrøftinger og retningslinjearbeid.



³ *La etikken blomstre i praksis*: en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen. Børslett EJ, Lillemoen L., Heilmann G. og Pedersen R. Bærum: Bærum kommune; 2011.

Etikkrefleksjonsgrupper (ERG) i Halden kommune

ERG er ment å være en arena hvor kollegaer kommer sammen for å drøfte situasjoner de opplever som etisk utfordrende. På en strukturert måte hjelper kollegaer hverandre til å reflektere over krevende situasjoner de enten står i (prospektiv) eller har stått i (retrospektiv).

Hensikten med refleksjonsgruppene er å:

- slippe å stå alene i saker som oppleves etisk vanskelig
- utvikle en mer reflektert tilnærming til egen praksis
- lære, både ved å reflektere sammen og å lære av situasjoner i arbeidshverdagen
- ta ansvar for å styrke kvaliteten i praksis
- bidra til et godt arbeidsmiljø preget av åpenhet og samarbeid
- bidra til økt grad av trygghet når krevende spørsmål skal håndteres

Etikkrefleksjonsgruppene ledes av en etikkveileder med kompetanse i etikk og etisk refleksjon. Det anbefales at ERG legges inn i virksomhetens handlingsplaner og at tiltaket gjøres kjent i personalgruppen. Hver avdeling/tjeneste bør vurdere om det er hensiktsmessig å ha lukkede grupper, det vil si faste folk som deltar hver gang, eller åpne grupper, det vil si de som er på jobb deltar. Hver ERG bør vurdere fordeler og ulemper om leder skal delta i ERG. Leder vil uansett ikke ha en lederrolle i ERG, og deltar i refleksjonen på lik linje med de øvrige i kollegagruppen. ERG skal ikke drøfte personalsaker eller klagesaker, – disse har egen saksgang. I kompliserte saker eller ved behov for å få innspill på saken med et objektivt blikk, kan det være hensiktsmessig å bringe saken/situasjonen til KEK Halden.

Anbefalinger

Etikkrefleksjonsgruppene bør:

- gjennomføres jevnlig, helst en time ukentlig eller hver andre uke
- anvende SME-modellen som struktur under etikkrefleksjonen
- planlegges i god tid, slik at rammene skaper forutsigbarhet for de ansatte
- dokumentere etikkdrøftingene, enten i form av referat eller hvis aktuelt, dokumentere vurderinger og tiltak i pasientens/brukerens journal
- etikkveileder og avdelingsleder bør samarbeide om å utvikle og gjennomføre ERG gjennom god planlegging og prioritering

I sum vil tiltakene bidra til mer refleksjon i og over praksis, og gi ansatte kompetanse til å indentifisere, reflektere og håndtere praksis på en bedre måte. For å imøtekomme etikkveilederens erfaringer om at det er vanskelig å prioritere gjennomføring av etikkrefleksjon, anbefaler vi at tiltaket bør fremgå av turnusen.



Klinisk etikkomité (KEK) Halden kommune

KEK Halden har i løpet av 10 års drift, bestått av 10–12 medlemmer, med en tverrfaglig representasjon: lege, sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, psykolog, prest, politiker/frivillig, fagetikere, ergoterapeut, lekmanrepresentanter og ledere.

KEK bistår med drøfting av faglig-etiske utfordringer, og er et formelt organ forankret under direktør for helse- og mestring. KEK drøfter små og store saker som tjenestemottakere, pårørende, helsepersonell og andre opplever som etisk vanskelig. SME-modellen anvendes som struktur i alle etikkdrøftinger, og KEK inviterer og oppfordrer berørte parter til å delta. Gjennom tverrfaglig og systematisk drøfting bistår KEK med å belyse saken og identifisere mulige handlingsalternativer. KEK er ikke et klageorgan og har ikke beslutningsmyndighet, men kan på forespørsel gi råd.

I tillegg til å drøfte både konkrete og prinsipielle saker, bidrar KEK i både kompetanseutvikling- og retningslinjearbeid, som for eksempel kommunens etiske retningslinjer. KEK Halden har initiert og invitert

til jevnlig etikkseminar for helsepersonell, i tillegg til egne etikkseminar for pårørende og andre samarbeidspartnere. Etikkseminarene kjennetegnes av at aktuelle og krevende temaer blir satt på dagsorden. Noen seminar har bidratt til at nye fagutviklingsprosjekt har blitt initiert, for eksempel *Forhåndssamtaler*. Andre seminar har belyst vold og trusler mot helsepersonell, livssynsspørsmål eller prioriteringer i helsetjenesten. KEK Halden har bistått Aremark kommune med noe opplæring og støtte, og i perioden høst 2015 til vår 2019, hadde Aremark kommune med en representant i klinisk etikkomité.

KEK Halden møtes månedlig, men kan også stille på hastedrøftinger. Da deltar medlemmer som har anledning. Alle etikkdrøftinger dokumenteres i form av et drøftingsnotat, og distribueres til de involverte i etterkant av etikkdrøftingen.



KEK Halden har drøftet mange saker i løpet av disse årene. Av anonymitetshensyn kan ikke konkrete saker deles offentlig men kan oppsummeres tematisk i form av spørsmål knyttet til tvang, usikkerhet knyttet til vurdering av samtykkekompetanse og medbestemmelsesrett, spørsmål om behandlingsbegrensning og/eller behandlingsintensitet, usikkerhet og utfordringer knyttet til seksualitet, samhandlingsspørsmål på tvers av kommunalavdelinger og/eller med sykehus, prioriteringsspørsmål, besøksrestriksjoner på sykehjem under pandemien og moralske spørsmål om vaksinerings.

Et aktuelt spørsmål til refleksjon; Er «godt nok», godt nok?

KEK Halden bistår med refleksjon over ulike temaer og problemstillinger, og bisto for eksempel kommunaledelsen med å legge innhold i begrepet om faglig forsvarlighet for noen år siden. I forlengelsen av det temaet, og som en ny og dagsaktuell diskusjon og spørsmål til refleksjon, er prioriteringsdebatten om «godt nok». Vi deler her noen refleksjoner om temaet;

- Er «godt nok», godt nok?»

Spørsmål om kritikkverdige forhold i helsetjenesten imøtegås ikke sjelden med ordlyden «*Vi vurderer dette som godt nok*». Men hva betyr det? Hva er innholdet i vurderingen «godt nok»? Helsepersonelloven §4 har en generalbestemmelse som stiller krav om at helsepersonells utførelse av arbeidet skal være *faglig forsvarlig* og helsepersonellet skal gi *omsorgsfull hjelp*. Slik loven beskriver det bygger faglig forsvarlighet på «hva som bør kunne forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Faglig forsvarlighet skal være standard for all yrkesutøvelse i helsetjenesten, og i dette kravet ligger det blant annet en forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer blir fulgt. Helsepersonelloven beskriver omsorgsfull hjelp som «*å gi helsehjelpen på en måte som yter pasienten omtanke og respekt og ikke krenker vedkommendes personlige integritet*». Videre heter det at omsorgsfull hjelp skal gi seg uttrykk i helsepersonellets opptreden og kommunikasjon med pasienter og deres pårørende.

Helsepersonells plikt til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har et ansvar for å legge til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver i henhold til kravet om forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Så da blir spørsmålet: Er «*godt nok*» synonymt med «*faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp*», eller betyr det noe annet?

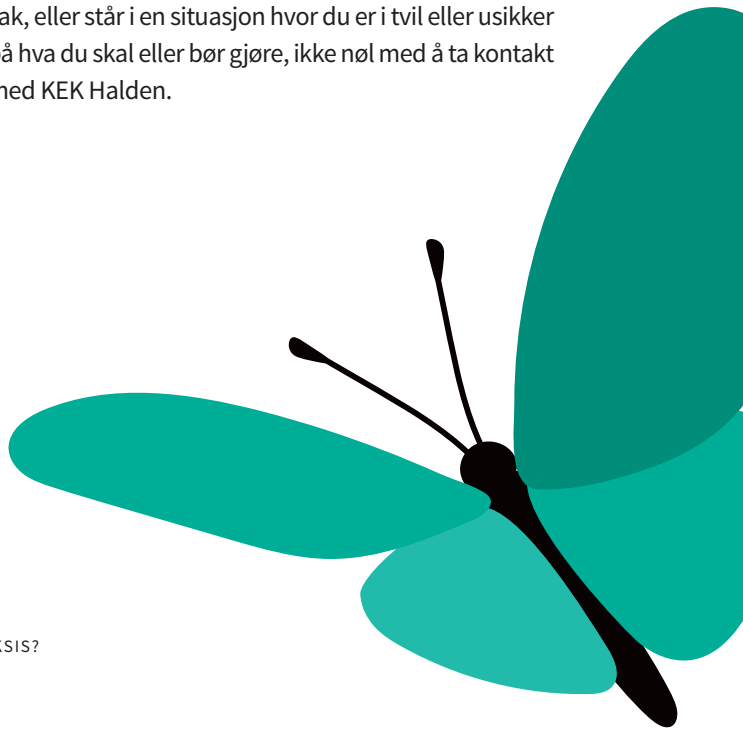


Lovlig praksis

Ulovlig praksis

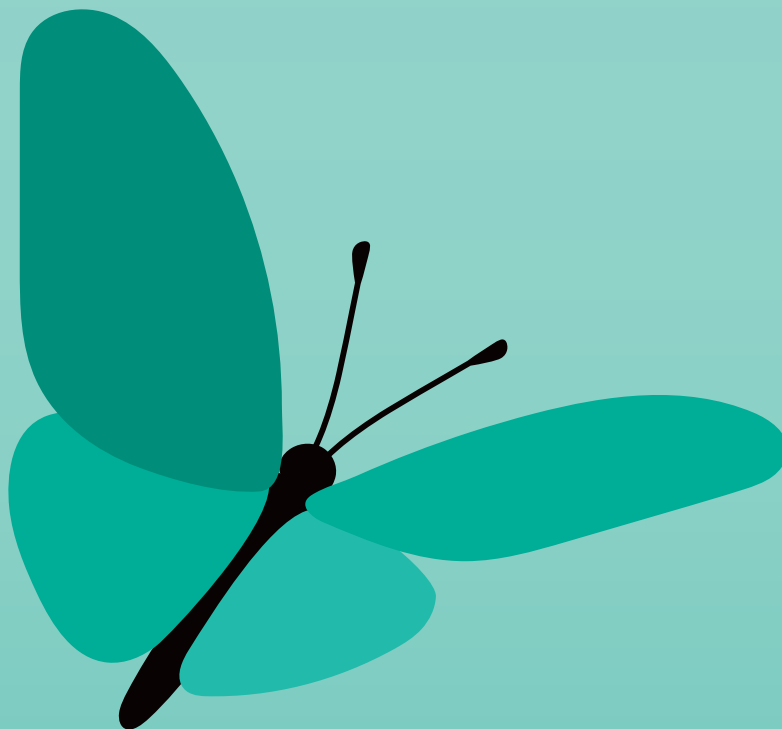
Prioritering er et etisk anliggende. God og riktig prioritering leder til god praksis. I prioriteringsdebatten om «godt nok», hvor valg må foretas, er ikke «godt nok» ensbetydende med ulovlig praksis, men spørsmålet er likevel hvor kvaliteten på praksis vurderes å være. Er den tett på, eller i god avstand fra grenselinjen mellom det som er lovlig og ulovlig praksis? Etisk refleksjon bidrar til at helsepersonell oftere tar bevisste valg, valg som sikrer at praksis er på trygg grunn, i området vi kan karakterisere som god praksis, det vil si faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis.

Hvis du har behov for bistand til å drøfte en etisk vanskelig sak, eller står i en situasjon hvor du er i tvil eller usikker på hva du skal eller bør gjøre, ikke nøl med å ta kontakt med KEK Halden.





Klinisk etikkomité (KEK) Halden



Klinisk etikkomité
Halden kommune