



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R

Evalueringsprosjekt av etikkarbeid i kommunene i Aust- og Vest-Agder (EEKAVA)



Åshild Slettebø
Helga Tofte Kjøstvedt
Ulrika Söderhamn



Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 4/2014

Evalueringssprosjekt av etikkarbeid i kommunene i Aust- og Vest-Agder (EEKAVA)

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 4/2014

Åshild Slettebø
Helga Tofte Kjøstvedt
Ulrika Söderhamn

Evalueringsprosjekt av etikkarbeid i kommunene i Aust- og Vest-Agder (EEKAVA)

Senter for omsorgsforskning, Sør
Universitetet i Agder

2014

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 4/2014

Tittel: Evalueringsprosjekt av Etikkarbeid i kommunene i
Aust- og Vest-Agder (EEKAVA)

Forfattere: Åshild Slettebø, Helga Tofte Kjøstvedt og
Ulrika Söderhamn

Rapporten er kvalitetssikret av: førsteamanuensis Bjørg
Dale, faglig leder av Senter for omsorgsforskning, Sør

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN (trykt utgave): 978-82-93269-65-6

ISBN (digital utgave): 978-82-93269-66-3

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no

FORORD

Universitetet i Agder fra Fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved professor Åshild Slettebø, professor Ulrika Söderhamn og universitetslektor Helga Tofte Kjøstvedt har gjennomført en evaluering av etikkarbeid på Agder. Initiativtagere og referansegruppe var ledere for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder; Leni Klakegg og Mette Gellein Erøy, samt ledere for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder; Inger Johanne Bolstad og Åshild Berg Kaldestad.

Rapporten gis ut i rapportserien til Senter for omsorgsforskning. Innledning, kvalitativ metode, analyse og presentasjon av kvalitative funn og drøfting med konklusjon er skrevet av professor Åshild Slettebø. Litteratursøk og presentasjon av litteratur, samt gjennomføring og beskrivelse av utvikling av spørreskjema i SurveyXact er utført av universitetslektor Helga Tofte Kjøstvedt, mens beskrivelse av kvantitativ metode og presentasjon av kvantitative funn med tabeller er skrevet og utført av professor Ulrika Söderhamn.

Vi ønsker å rette en takk til referansegruppen, både for initiativ til studien og for gode kommentarer og oppfølging underveis i prosessen. Takk til Universitetet i Agder som ga forskningstid og praksisprosjektmidler til gjennomføring av studien. Takk også til rådmennene i de 13 aktuelle kommunene som ga tillatelse til

gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsen og ikke minst tusen takk til alle ansatte i de aktuelle kommunene som bidro ved å delta i fokusgrupper og på å svare på spørreskjemaundersøkelsen.

Vi står felles om gjennomføring av studien og for rapporten, men eventuelle feil i rapporten står professor Slettebø ansvarlig for.

Grimstad, 19. mai 2014

Åshild Slettebø
Professor

Helga Tofte Kjølsvædt
Universitetslektor

Ulrika Söderhamn
Professor

INNHOOLD

FORORD V

BAKGRUNN OG INNLEDNING 1

- Begrepsavklaring 2
 - Typer dilemmaer 4
 - Etiske prinsipper 6
- Tidligere forskning 8
- Prosjektets hovedmål/delmål 15

DESIGN OG METODE 17

- Kvalitativ delstudie 17
- Kvantitativ delstudie 18
- Forskningsetiske overveielser 21

FUNN KVALITATIV DELSTUDIE 23

- Organisering og metoder for etisk refleksjon 23
 - Regelmessighet og forutsigbarhet 23
 - Refleksjonsmetoder 26
 - Ledelse 28

- Erfaringer med etisk refleksjonsarbeid 30
 - Positive erfaringer 30
 - Erfaringer om utfordringer 34

- Konsekvenser av etisk refleksjonsarbeid for pasienter, pårørende, kolleger og arbeidsmiljø 37
 - Bevisstgjorte holdninger 37
 - Trygghet i handlinger 40

- Etisk refleksjon som bidrag til å forbedre tjenester i kommunehelsetjenesten 42

RESULTAT KVANTITATIV DELSTUDIE	43
Studiegruppen	43
Introduksjon og organisering av etisk refleksjonsarbeid	45
Erfaringer med etisk refleksjonsarbeid	46
Konsekvenser av etisk refleksjonsarbeid	49
DISKUSJON	53
Metodologisk diskusjon	60
Implikasjoner for praksis	61
KONKLUSJON	63
REFERANSER	65

BAKGRUNN OG INNLEDNING

Prosjektet utgår fra Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Senter for omsorgsforskning – Sør og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust- og Vest-Agder.

Prosjektets hensikt var å evaluere det etikkarbeidet som har vært gjennomført i etikk-kommunene på Agder gjennom Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) «Samarbeid om etisk kompetanseheving». Det er til sammen 13 kommuner. Noen kommuner har vært med i prosjektet siden 2007 mens andre kommuner har i løpet av prosjektperioden vært i oppstartsfasen. Dette ga en mulighet til å evaluere effekten av og målsettingen for etikk-kommunenes satsing både under og etter oppstart. Prosjektet innebar en kartlegging av bevissthet, holdninger og effekt av etisk refleksjon i de kommunene der det har vært gjennomført.

Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a) og Helsepersonell-loven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b) vektlegger alle grunnleggende etiske verdier som viktige områder for helsetjenesten. Dette er sentrale etiske prinsipper som rett til verdig liv, autonomi, respekt og verdighet. Disse verdiene

ligger til grunn for alt arbeid i helsetjenesten og er en forutsetning for at pasienter får «faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) fra Helse- og omsorgsdepartementet om framtidens utfordringer i helsetjenesten slås det fast at satsing på etisk kompetanseheving er en sentral del av framtidens arbeid i kommunehelsetjenesten. I en senere rapport fra Helsedirektoratet anbefales å forske på muligheter ved etikk-komiteer i kommunehelsetjenesten, samt om verdispørsmål bør være en del av kvalitetssikringsarbeidet i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). KS har etter dette etablert prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving som startet med 9 ressurskommuner i 2007. Tretten kommuner på Agder har deltatt i dette prosjektet og det er erfaringer herfra som er fokus i foreliggende prosjekt. Boge (2010) ved Senter for omsorgsforskning, Vest, evaluerte KS-prosjektet på Vestlandet og fant at etisk refleksjon bidro til økt bevisstgjøring rundt egen praksis, men at det var for tidlig å si om dette har hatt effekt på de konkrete møter med brukerne. Dette ønsket vi blant annet å få svar på i denne studien.

BEGREPSAVKLARING

Sentrale begreper som må avklares er blant annet moral og etikk og moralske og etiske problemer.

Moral kommer av det latinske ordet *mos/mores* som betyr *sed, vane, skikk*. Det brukes om den praksis man lever etter og de handlinger man gjør. For eksempel at man banker på døren til pasientrommet før man går inn til pasienten. **Etikk** kommer av det greske ordet *ethos* som også betyr *sed, vane, skikk*. Dette begrepet brukes som refleksjoner over moralen. For eksempel refleksjoner over hvorfor noe er rett eller galt. Akkurat som handlingen – å banke på pasientens dør er moralsk rett er den etiske refleksjonen i dette

tilfellet, at dette dreier seg om respekt for pasienten og hans/hennes rett til privatliv. **Moralsk problem** handler om at du vet hva som er rett, men gjør det likevel ikke (Johansen, Vetlesen & Hegdal, 2000). Disse forfatterne bruker eksempel som det å la være å gi tilbake det du har fått for mye veksel av ekspeditøren når du har handlet, eller i vår sammenheng å lure i en pasient medikamenter uten at pasienten vet at hun/han får tabletter i syltetøyet. **Etisk problem** innebærer å finne ut hvordan du skal handle eller hvorfor det er rett å handle på bestemte måter. Igjen i tilknytning til eksemplet foran så reflekterer man over at det er en form for å stjele når du ikke gir tilbake for mye vekslepenger. Og at å lure i pasienten medisiner er å undergrave pasientens integritet og rett til medbestemmelse.

Man kan si at i flere situasjoner vil man komme opp i et etisk problem, for eksempel har vi etisk problem

- når vi er usikre på hva som er rett
- når vi må velge mellom ulike handlingsalternativer som begge synes like gode, men som utelukker hverandre
- når vi har to handlingsalternativer som begge medfører noe vi ikke ønsker, men vi må velge ett av alternativene, og
- når vi har et ønsket handlingsalternativ, men på grunn av manglende midler kan ikke dette realiseres (Sletteboe, 1997)

Noen skiller mellom etiske problem og etiske dilemma, men dette kan synes unaturlig fordi det ikke er klare forskjeller i begrepsbruken. To amerikanske sykepleieetikere sier at etiske dilemma har en a) når en ikke vet hvilken verdi eller handling som realiserer det ønskede mål, b) når man må velge mellom to like uønskede handlingsalternativ, eller c) når det ønskede handlingsalternativ medfører en uønsket konsekvens (Davis & Aroskar, 1983)

A dilemma can be defined as (a) a difficult problem seemingly incapable of a satisfactory solution or (b) a situation involving choice between equally

unsatisfactory alternative. Not all dilemmas in life are ethical in nature, but an ethical dilemma does arise when values and moral positions or claims conflict with one another (Davis, Fowler & Aroskar, 2010: s. 7).

TYPER DILEMMAER

I samsvar med hva Davis et al. (2010) sier finnes flere typer dilemma (Sletteboe, 1997). Vi snakker om faglige, logiske, etiske, fagligmoralske og falske dilemmaer. Grunnen til at vi nevner ulike former for dilemma er samtidig en begrunnelse for hvorfor det er av betydning å være bevisst hvilken type dilemma en står overfor i en vanskelig situasjon i praksis. Alle opplever dilemmaer i ulike pleiesituasjoner. Det er viktig å være bevisst på at en faktisk har et dilemma, samt hvilken type dilemma en står oppe i. Dette for å vite hvilken kunnskap som er sentral for å finne løsninger på dilemmaene, for eksempel om man skal bruke etiske prinsipper eller fagkunnskap fra pleieteorier eller begge deler. Man trenger ulik kompetanse for å avgjøre rett handling i ulike typer situasjoner. Er det et faglig dilemma, er det legen eller sykepleieren som har mest fagkunnskap til å løse dilemmaet. Er det derimot et etisk dilemma stiller ulike faggrupper og pasient og pårørende i mye større grad på lik linje til å vurdere løsninger på dilemmaet fordi ingen faggrupper vanligvis har spesiell kompetanse innen etikk. Det finnes ulike typer dilemma:

Faglig dilemma er når det er to eller flere alternativer å velge mellom eller når en ønsket løsning medfører en uønsket konsekvens og man vet ikke hva som er det riktige å gjøre. For eksempel hvordan skal jeg stelle dette såret? Hvordan mobiliserer jeg en pasient som har halvsidig lammelse etter et hjerneslag slik at pasienten har minst mulig spasmer og smerter?

Logiske dilemma eksisterer dersom to teorier motsier hverandre, men begge er like sannsynlige. For eksempel teorier om menneskesyn der en teori snakker om menneskers frie vilje, mens en annen teori snakker

om at menneskers liv i stor grad er forutbestemt. Ingen av teoriene kan bevises eller motbevises, men begge har forsvarere som hevder den enkelte teoris gyldighet. Begge kan imidlertid ikke være sanne samtidig fordi de logisk motsier hverandre.

Fagligmoralske dilemmaer dreier seg om forhold der det både er faglige og etiske eller moralske aspekter til dilemmaet, for eksempel hvor langt skal man strekke seg for å hjelpe pasienten og hvor langt skal hjelpen strekkes i aktiviteter pasienten kunne ha utført selv? Eller hva innebærer det å ha ansvar for pasientens sikkerhet – hvor langt kan man gå i å beskytte pasienten mot seg selv og manglende funksjonsdyktighet?

Falske dilemma er der det presenteres to såkalte alternativ hvor det ene alternative i realiteten ikke er aktuelt. Da synes man at man står i et dilemma, men gjør det egentlig ikke fordi det er bare en løsning i situasjonen. Dette kan for eksempel være der en handling kan tenkes å løse en situasjon, men denne handlingen er forbudt ved lov. Da kan ikke etikken trumfe loven (Johannessen, Molven, Roalkvam & Aakre, 2007).

Etiske dilemma er som nevnt når det er konflikt mellom verdier eller når det er usikkerhet om hva som er det riktige å gjøre i situasjonen. Kjentegn på at man står i etiske dilemma er at man føler et engasjement og en forpliktelse overfor pasienten, at man har to alternative handlinger for å løse situasjonen og begge er like uønskede eller like ønskede, man er oppmerksom på alternativene og man er nødt til å foreta et valg selv om det er usikkerhet om hvilken handling man skal velge (Sletteboe, 1997). Eksempel på etisk dilemma er hvordan man kan ivareta pasientens selvbestemmelsesrett på en forsvarlig måte der pasientens og pleierens syn ikke stemmer overens med tanke på valg av handlingsalternativ i en vanskelig situasjon.

ETISKE PRINSIPPER

En hovedproblemstilling som ofte reises når det gjelder etiske dilemma er forholdet mellom personalets plikt til å hjelpe pasienten når det strider mot pasientens rett til selvbestemmelse, eller for å si det i en etisk språkdrakt – konflikten mellom velgjørhetsprinsippet og autonomiprinsippet. Velgjørhet dreier seg om å fremme det gode i pasientens liv, ikke å skade pasienten og aktivt gjøre det som er godt for pasienten. Et underprinsipp er prinsippet om positiv velgjørhet som «pålegger» hjelpepersonellet ulike plikter som for eksempel:

- beskytte og forsvare pasientens rettigheter
- forebygge at pasienten blir skadet
- at man fjerner tilstander som vil forårsake skade på pasienten
- hjelpe personer med skader (aktivt å handle for å hjelpe pasienten)
- og å redde personer i fare (Beauchamp & Childress, 2013: s. 204).

Vi har en forpliktelse når vi arbeider i helsevesenet til å ta vare på pasienter i vår varetekt og å fremme det gode for pasienten. Men hvordan vet vi hva som er godt? Det er tre teorier om «det gode»: det som gir lyst er godt, det man ønsker for seg selv er godt eller at man finner objektive goder som felles i samfunnet. I vår helsearbeidersammenheng anbefales at man snakker med pasienten og søker å finne hva pasienten selv ønsker for seg selv for å finne ut hva som er det gode for pasienten. Da blir det lettere å se sammenheng heller enn konflikt mellom velgjørhetsprinsippet og autonomiprinsippet (Beauchamp & Childress, 2013).

Autonomi

Autonomi kommer av gresk hvor *auto* betyr *selv*, mens *nomos* betyr *lov, styring* og autonomi brukes om selvbestemmelse. Begrepet kan forstås på tre måter: som prinsipp – at pasientens ønsker bør respekteres; som egenskap – at pasienten har en

iboende kapasitet til å fatte selvstendige avgjørelser vedrørende eget liv og helse; og som rettighet – at pasienten har krav på å få sine valg respektert (jmfør pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)(Førde 1995). Faktorer for at man regner med at pasienten har foretatt et autonomt valg er at pasienten er kompetent (har egenskaper knyttet til å bestemme for seg selv), at pasientens valg er konsistent (at valgene synes å henge sammen med pasientens tidligere valg og livssyn), at pasienten har fått tilpasset og tilstrekkelig informasjon og at pasienten ikke har vært utsatt for ytre press. Sentralt i autonomiforståelsen er begrepet **integritet** som inkluderer kroppslig, personlig og sosial integritet (Kirkevold, 2008). Integritet stammer fra latin *integritas*, som betyr helhet eller det å være hel og uskadd (Kirkevold, 2008). Når tiltakene blir integritetskrenkende, går det utover den gamle pasientens opplevelse av å få være hel og uskadd hvor respekten for pasientens grenser overskrides. Kroppslig integritet vil si å ivareta kroppslige funksjoner og fysisk stell. Personlig integritet vil si å ivareta den unike personen med særegen identitet og egne verdier. Sosial integritet vil si å respektere pasientens sosiale, kulturelle og etniske bakgrunn og se pasienten som del av et større sosialt system som for eksempel familien. Dette er vesentlige etiske aspekter knyttet til eldreomsorgen.

Vi regner med seks ulike aspekter av autonomi der pasienten kanskje kan ha et eller flere aspekt av autonomi som kan respekteres selv om ikke alle er tilstede. Dette bør respekteres selv om ikke alle sider ved autonomien er intakt hos for eksempel en pasient som lider av demens. En person med demens kan for eksempel ha utøvende autonomi intakt dersom noen hjelper til med å guide og ta de avgjørende beslutninger for pasienten. De seks aspektene er:

1. Avgjørende versus utøvende autonomi: å ha preferanser, evne til å kunne ta avgjørelser, mot evne til å kunne gjennomføre de tiltak man bestemmer seg for å sette i verk.
2. Direkte versus delegert autonomi: bestemme og handle på egne vegne, mot å gi autoritet og

- avgjørelsesmyndighet til andre slik at disse kan avgjøre og handle for en.
3. Kompetent versus mangelfull kapasitet til autonomi: fornuftig og sammenhengende valg og handlinger, mot irrasjonelle og usammenhengende valg.
 4. Autentisk versus inautentisk autonomi: valg og handlinger som er i overensstemmelse med ens karakter, mot valg og handlinger som ikke stemmer overens med ens karakter.
 5. Øyeblikkelig versus langtids-autonomi: nåværende og begrensede uttrykk for autonomi, mot fremtidige og langsiktige uttrykk for autonomi.
 6. Negativ versus positiv autonomi: valg og handlinger som ikke påvirker andres valg og handlinger eller ikke krever innblanding fra andre, mot valg og handlinger som krever positiv støtte og oppmuntring (Collopy, 1988; her fra Slettebø, 2013: s. 90–91).

Ulike aspekter av autonomibegrepet tilsier at helsearbeidere kan være bevisste på om pasienten har intakt noen aspekter, selv om ikke fullstendig autonomi er mulig. Det krever en bevisstgjøring av helsepersonell fra alle profesjoner og yrkesgrupper at de er klar over egen makt og egen rolle i møte med sårbare pasienter. Det er helsepersonellens ansvar å være bevisst når de står i etiske eller andre typer dilemma og å bruke kunnskap om etiske prinsipper og teorier for å ivareta pasientens og pårørendes rettigheter og behov i møte med helsetjenesten.

TIDLIGERE FORSKNING

Det ble gjort søk i litteraturobasene Cochrane, MedLine, Cinahl, NorArt og SveMed. Søkeordene som ble brukt var: ethic*, experience, reflection, education, community, nurs*, practices and care.

En finsk studie viste at det var vanlig med etiske problemer i forhold til ressursfordeling i pleien og det å kunne gi pasientene en pleie av høy kvalitet. Det mest vanlige etiske problemet i pasientpleie, i følge denne studien, dreide seg om å gi en god pleie. Deretter fulgte personellrelaterte problem (Aitamäa, Leino-Kilpi, Puukka & Suhonen, 2010). Frilund, Eriksson og Fagerström (2014) fokuserte på sykepleieres mulighet til å gi eldre pasienter god pleie. Deres funn tydet på at sykepleiere følte at de hadde mulighet til å gi pasientene individuell, verdig og trygg pleie. Men i praksis ville det være mer relevant å stille spørsmål om den sykepleien som sykepleierne følte de kunne gi heller kunne betraktes som *tilstrekkelig god* eller *god nok*. Disse forskerne understrekte også betydningen av å sette i gang diskusjoner pleiepersonalet imellom slik at enhver ble bevisstgjort på sine egne etiske verdier. I tillegg ønsket Frilund et al. (2014) videre utvikling av prosessene knyttet til å ta etiske beslutninger som et middel for å sikre eldre pasienter god pleie.

I sin litteraturgjennomgang fant Park (2009) at etiske problemstillinger i pasientpleie særlig kunne knyttes til livets slutfase og menneskelige rettigheter. Park (2009) pekte også på at sykepleiere for det meste så ut til å bruke egne personlige verdier for å løse etiske problemer, samtidig ble det også rapportert om et stort behov for mer undervisning/opplæring knyttet til etikk.

Relasjonen mellom pasient, pårørende, lege og sykepleier har blitt løftet frem som spesielt viktig når det gjelder beslutninger angående behandlinger ved livets slutfase (Dreyer, Førde & Nortvedt, 2010). I sin studie fremhevet Schou, Alsvåg, Blåka og Gjengedal (2008) sykepleieres *prioritering av pasientens og familiens behov* i beskrivelse av hva de så på som god pleie til døende pasienter. Ressursknapphet og etisk kompleksitet påvirket slike situasjoner. Samtidig fant forskerne at sykepleierne gav generelle svar på spørsmål om pleie til terminalt syke pasienter. I beskrivelser av pleien til pasienter de hadde ansvar for, «forsvant» det individuelle og spesielle ved pasientene og deres situasjon. Sykepleierne fortalte om rutiner

ved pleien de utførte heller enn om et individualisert pleietilbud. Den døendes familie fremstod derimot som mer unik og spesiell. Mens pasientene ble beskrevet i rutinemessige vendinger, tegnet de et bilde av familiens behov som særegent og mer utfordrende. Selv om Schou et al. (2008) ikke hadde fokus på etikk spesielt, peker deres funn på etiske konsekvenser av pleie til døende pasienter.

Rees, King og Schmitz (2009) så i en litteraturgjennomgang nærmere på sykepleieres oppfatning av etiske spørsmål i sykepleien til eldre mennesker. De fant at sykepleiere så ut til å mene at forståelse for og respekt for eldre er grunnleggende i løsningen av etiske spørsmål. Samtidig var det forskjeller i oppfatninger mellom sykepleiere og pasienter/pårørende. Det handlet om at sykepleiere undervurderte størrelsen på og rekkevidden av etiske spørsmål i sykepleie til eldre, i forhold til de eldres egen og deres pårørendes oppfatninger.

I en oversikt over forskning på etikk i sykepleie til eldre, fant Suhonen, Stolt, Launis og Leino-Kilpi (2010) at sykepleiere var fokusert på å gjøre rett og godt for pasienten. De prøvde å utvikle gode relasjoner til pasienter og deres pårørende. De var også opptatt av etisk vanskelige situasjoner, dilemmaer i forskjellige settinger og vanskelige etiske erfaringer. Fra bruker- og pasientperspektivet var begrep som pasient autonomi, selvbestemmelse og informert samtykke mest undersøkt i de artikler som oversikten omfattet.

Suhonen et al. (2010) har også sett på hva som har vært etisk utfordrende for pårørende. De fant at det å ta beslutninger eller gjøre vurderinger på vegne av en annen (svakere gammel pasient) er det som har vært mest i fokus innenfor dette området. Disse forskerne anbefalte blant annet at etterutdanning for helsepersonell burde inkludere etiske spørsmål og hvordan mestre følelser av usikkerhet og tvetydighet i etisk vanskelige situasjoner som oppstår i den daglige pleien av eldre pasienter.

Jonasson, Liss, Westerlind og Berterö (2009) løftet frem hvilke etiske verdier pårørende erfarte som styrende i samhandling med sykepleiere. Sykepleiere ble oppfattet som «å være ansvarlig». Det innebar at de var styrt av etiske verdier og at de regnet med og tok hensyn til pasienten og pårørende. Bilde av god etisk omsorg handlet blant annet om å fokusere på den gamle pasientens velvære. Da følte også pårørende at de var viktige, verdifulle og kunne delta i samhandling som likeverdige med sykepleierne.

Å jobbe innen hjemmetjenesten stilte høye krav til pleierne om å kjenne lovverket og å ha forståelse for og kunnskap om etiske dilemmaer som kunne oppstå (Ladd, Pasquerella & Smith, 2000). Studier har også vist at stimulering av etisk refleksjon over egen praksis var viktig for å utvikle bevissthet om etiske problemstillinger (Vanlaere & Gastmans, 2007; Wocial, Hancock, Bledsoe, Chamness & Helft, 2010).

Bolling, Pedersen og Førde (2009) fokuserte i en litteraturgjennomgang på behovet for å styrke systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmesykepleien. De løftet også frem behovet for å inkludere brukere, ufaglærte og leger i slikt arbeid. Ressursmangel og etiske utfordringer knyttet til livets slutt var områder som ble oppfattet som viktige. Andre etiske utfordringer hang sammen med at brukerne hadde sammensatte lidelser og manglet samtykkekompetanse. Det ble likevel hevdet at systematisk arbeid med etikk har bidratt til en «økt bevissthet om etiske utfordringer blant ansatte, familiene og beboerne, forbedret kommunikasjon og tillit» (Bolling et al., 2009: s. 193). I studien var det også fremholdt at det var gjort lite systematisk evaluering av etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester.

En litteraturgjennomgang (Goethals, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2009) fremhevet forfatterne at de vanskelighetene sykepleiere møtte i sin etiske fremferd var knyttet til deres vanskelige arbeidsmiljø. Dette førte etter deres mening til at sykepleiere ofte gav etter for beslutninger tatt av andre, med det resultat at

de handlet rutinemessig og gav en mindre individuelt tilpasset omsorg. Goethals et al. (2009) viste også til at det er behov for mer forskning for å forstå hvordan sykepleiere resonnerer og hvilken etisk adferd de har i praksis.

Numminen, van der Arend og Leino-Kilpi (2008) har, blant annet, i en oversikt over forskning på området, sett nærmere på sykepleieres kjennskap til og bruk av etiske retningslinjer. I følge dem var dette mangelfullt. Sykepleieres praksis så ut til å være styrt av omgivelsene og personlig erfaring heller enn av etiske retningslinjer. De anbefalte videre forskning som fokuserer spesielt på hvordan etiske retningslinjer undervises, men også hvilken betydning og funksjon retningslinjer har for sykepleiere og deres moralske adferd og profesjonelle verdier. Disse forfatterne anbefaler metodetriangulering for forskning om etiske spørsmål.

Dierckx de Casterlé, Izumi, Godfrey og Denhaerynck (2008) viste i en meta-analyse til at sykepleiere, med unntak av ekspertsykepleiere, hadde et likt mønster i etisk tenking og praksis. Når sykepleiere møtte etiske dilemmaer hadde de en tendens til å bruke skikk og bruk som sitt viktigste beslutningsgrunnlag, fremfor pasientens personlige behov og velvære. Forfatterne hevdet at et slikt mønster er et viktig hinder for at sykepleieres etiske handlinger er hensiktsmessige. I følge disse forfatterne var kreativitet og kritisk refleksjon fraværende (Dierckx de Casterlé et al., 2008).

I sin studie av begrepet individualitet hevdet Suhonen (2010) at standardisering er vanlig i klinisk praksis og at individuelt tilpassede sykepleieaktiviteter derfor er nødvendige. I tillegg pekte hun på behovet for å utforske bruk av etikk i praksis som svar på de etiske problemer som møter både givere og mottakere av helsehjelp.

Wocial et al. (2010) evaluerte avdelingsbaserte etikkmøter eller samtaler. Å delta i slike samtaler så ut til å sette sykepleiere i bedre stand til å møte etisk utfordrende situasjoner. Sykepleierne fikk ferdigheter

og bedre forståelse av etiske begreper og prinsipper. De lærte også å se andres perspektiver, og å finne måter å takle moralsk bekymring og stress på. Slike samtaler så også ut til å kunne bidra til at etiske spørsmål fra sykepleiernes kliniske praksis ble tatt opp i større grad. Deltakere pekte også på: det «å sette ord på»; få økt innsikt; ha et trygt sted å diskutere og å få bekreftelse som mest nyttig i etikksamtalene. I følge Wocial et al. (2010) kunne deltakelse i etikksamtaler kanskje bidra til utvikling av deltakernes handlefrihet, slik at de var i stand til å handle på pasientens vegne i etisk vanskelige situasjoner.

Lin, Lu, Chung og Yang (2010) antydte at problembasert læring er effektivt for å øke etisk vurderingsevne og dømmekraft hos sykepleiestudenter. Problembasert læring bestod, i følge Lin et al. (2010), av gruppediskusjoner som fokuserer på et virkelig etisk problem. Gjennom å samle informasjon om, oppsummere og reflektere over problemet sammen med medstudenter fikk sykepleierstudentene god trening i å gjøre etiske vurderinger.

Hunink, van Leeuwen, Jansen og Jochemsen (2009) viste at sykepleiestudenter kunne ha vansker med å identifisere moralske aspekter ved problematiske situasjoner som de møtte i praksis. Dette kunne tyde på lite bevisst refleksjon og diskusjon knyttet til moral. Dierckx de Casterlé, Meulenbergs, van de Vijver, Tanghe og Gastmans (2002) presenterte egne tanker basert på praktisk erfaring om utfordringer og muligheter i etiske møter. De knyttet dette til sykepleieres etiske ansvar i etiske møter på ulike nivåer. I forhold til sykepleier- og pasientrelasjonen pekte de på utfordringer som mangel: på kunnskap, kritisk analyse, tid, kommunikasjonsferdigheter, i tillegg til komplekse situasjoner og gjennomføring av rutiner.

På bakgrunn av den litteraturen som er presentert i dette kapitlet, ser det ut som at betydning av etikk og etisk refleksjon har vært og fortsatt er et viktig tema både for dem som gir og dem som mottar helsehjelp. Som en oppsummering kan beskrivelsene av de ulike

funnene ovenfor kanskje tolkes som at det fra et etisk perspektiv på sykepleie, utøves for lite individuelt tilpasset pleie. Det kan også se ut til at det finnes god vilje og gode intensjoner fra sykepleier/pleiepersonell sin side om å utøve god pleie. Både pasienter, pårørende og sykepleiere selv synes å anerkjenne dette. Denne litteraturen viser dermed et mulig gap mellom gode hensikter og opplevelsen av praktisk handling. Noe av dette kan kanskje forklares utfra at sykepleiernes etiske beslutninger muligens ser ut til i en viss grad å være styrt av skikk og bruk, personlige verdier, oppfatninger, erfaringer, i tillegg til forhold i omgivelsene (som for eksempel avdelingsrutiner), heller enn av pasientens behov og velvære. Imidlertid blir det også antydning at dette ikke gjelder såkalte «ekspertsykepleiere». Det kan kanskje bety at lang erfaring, god kunnskap og etisk refleksjon er med på motvirke et slikt gap? Litteraturen peker på ulike metoder og tiltak som kanskje kan fylle dette gapet, samtidig som der også er utfordringer. Etikkfokuserte samtaler og diskusjoner på arbeidsplassen synes å bidra til å heve sykepleieres kompetanse og handlingsberedskap i etisk krevende situasjoner. Det antydes også at systematisk arbeid med etikkfokus, kan ha gitt forbedringer i den pleien som gis. Det kan imidlertid synes som det er gjort lite forskning på resultater av arbeid med etisk refleksjon. Vi har heller ikke funnet studier som går direkte på evaluering av implementert systematisk etisk refleksjonspraksis i kommunehelsetjenesten, slik som vår studie fokuserer på.

PROSJEKTETS HOVEDMÅL/DELMÅL

Etisk refleksjon har som målsetting å bedre kvaliteten på praksis både når det gjelder holdninger og tjenester. Holdninger er vanskelig å måle, men etisk refleksjon vil forhåpentligvis bevisstgjøre ansattes holdninger og kvaliteten på praksis slik at det kommer brukerne til gode.

Problemstillinger som prosjektet har søkt å belyse er *Hvilke erfaringer har helsepersonell med å ha deltatt i etiske refleksjonsgrupper i kommunehelsetjenesten? Hvilken betydning har dette for møtet med brukere, og kvalitet på praksisutøvelsen?*

DESIGN OG METODE

Prosjektet hadde et mixed methods design med bruk av kvalitative fokusgruppeintervjuer og kvantitativ spørreskjemaundersøkelse. Vi studerte evalueringsarbeidet som er gjort fra Senter for omsorgsforskning - Vest ved Ranveig Boge (2010) om lederes erfaringer med etikkarbeid i kommunene. Da dette fokuserte kun på ledelseserfaringer, fant vi at dette ble for snever innfallsvinkel til det vi ønsket å få ut av erfaringer med etikkarbeid i Agderkommunene. Derfor har vi valgt å etterspørre de ansattes egne erfaringer i vår undersøkelse.

KVALITATIV DELSTUDIE

Prosjektet i Agder startet med fokusgruppeintervjuer i 2011 i fem utvalgte kommuner, tre i Vest- og to i Aust-Agder. Hver fokusgruppe møtte en gang hver og bestod av fire til syv personer som hadde deltatt i refleksjonsgrupper i kommunen. Deltagere ble forespurt og rekruttert av ledere i kommunen der etikkrefleksjoner hadde vært gjennomført. Totalt 29 personer, 26 kvinner og tre menn deltok. Intervjuguiden tok opp tema som hvordan etikkarbeid var introdusert og organisert i kommunen, erfaringer med deltakelse i etisk refleksjon, samt erfaringer med

konsekvenser av å ha deltatt i etisk refleksjon både i arbeidskollegiet og for pasienter og brukere.

Fokusgruppeintervjuene som varte ca 1,5 timer ble ledet av forskerne og ble tatt opp på digital opptaker, transkribert verbatim og analysert ved manifest kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Tre tema styrte analysen: «Organisering», «Erfaringer» og «Konsekvenser». Forskerne leste hele materialet flere ganger for å få et grep om helheten før teksten ble delt i meningsenheter og disse sortert i koder og kategorier. De tre temaene ble styrende for kategoriene som ble analysert frem og som ble samlet i et overordnet tema.

KVANTITATIV DELSTUDIE

Med utgangspunkt i funnene fra analyse av fokusgruppeintervjuene ble det utarbeidet et spørreskjema. Dette ble lagt inn i det elektroniske systemet SurveyXact (2011), utviklet av Rambøl Management Consulting, Danmark. I mai 2011 deltok en av forskerne (HTK) på et dagskurs for å kunne ta i bruk SurveyXact som verktøy for å lage spørreskjemaundersøkelsen. Spørsmålene ble laget og redigert ved hjelp av både Smart og Avansert Designer i dette systemet. Spørreskjemaet ble sendt via SurveyXact sitt distribusjonssystem som en (unik) link i en e-mail til 2382 personer. Deres mailadresser var samlet inn via kontaktpersoner i hver enkelt kommune og ble lagt inn manuelt i distribusjonssystemet. Innsamlingsprosessen tok tid fordi enkelte kontaktpersoner av forskjellige grunner var svært vanskelige å få fatt i. I tillegg var formatet mailadressene ble fremskaffet i veldig varierende (fra brev i posten via kopier i e-mailer, til ferdig oppsatt i Excel regneark) slik at formatering krevde en god del jobbing. Mailadressene ble testkjørt i SurveyXact slik at man fikk frem duplikater og fjernet disse. I tillegg ble det sjekket manuelt at alle mailadressene var

skrevet riktig og testet at de faktisk fungerte. Dette var et nitid og møysommelig arbeid. De 2382 personene var ansatte i 13 kommuner i Aust- og Vest-Agder, som har implementert etikksatsing. Evalueringen ble gjennomført i et utvalg av ansatte som både har deltatt aktivt i etisk refleksjonsarbeid og ansatte som ikke har gjort det. Alle ansatte i kommunehelsetjenesten i de 13 kommunene ble forespurt og alle som svarte ble inkludert. Spørreskjemaet ble sendt ut på slutten av januar 2013 og purret to ganger, etter fire og seks uker. Totalt 409 (17,2 %) personer svarte på spørreskjemaet.

Spørreskjemaet inneholdt 36 spørsmål. Disse var delt inn i ulike «stier» ved hjelp av såkalte aktiveringer. En aktivering i en spørreskjemaundersøkelse laget i SurveyXact innebærer at dersom personen gir et bestemt svar på et spørsmål, blir denne ledet videre til bestemte oppfølgingsspørsmål. Hensikten med slike aktiveringer var å få utdypende svar på ulike sentrale spørsmål, og at spørreundersøkelsen skulle sikre informasjon om en rekke ulike temaer som var kommet frem under fokusgruppeintervjuene. Aktivering sikret også at personer som deltok i spørreskjemaundersøkelsen kunne bevege seg frem og tilbake i sin egen besvarelse før den endelige innsending av sine svar. Dette sikret deltakerne en mulighet til å rette opp eventuelle feil svar. Vi hadde aktiveringer fra mange av våre spørsmål. Spørreskjemaet ble testet mange ganger manuelt for å sjekke at de ulike aktiveringene og stiene fungerte slik de var tenkt. Dette førte til at utviklingen av spørreundersøkelsen både var tidkrevende og utfordrende med hensyn til å holde oversikt over spørsmålsstrukturen.

Aktiveringer utgjør sammen med oppfølgingsspørsmålene en såkalt sti. Stiene ble laget for blant annet å skille hvem som hadde deltatt og hvem som ikke hadde deltatt på etisk refleksjonsarbeid. Det ble også lagt inn krav til mange av spørsmålene om at de måtte besvares for at personen skulle kunne gå videre i skjemaet. Dette ble gjort for å sikre svar på spørsmålene. De fleste spørsmålene var flervalgs-spørsmål. Det betyr at man kunne krysse av for flere

alternative svar. Dersom svaret på slike spørsmål var: «vet ikke/ikke relevant», var det lagt inn en sperre som hindret mulighet til å krysse av på flere alternative svar. Mange av spørsmålene hadde også mulighet for å fylle inn egen tekst i et tekstfelt dersom personen krysset av i alternativet «annet». Hensikten med dette var å få frem mest mulig informasjon om individuelle variasjoner knyttet til både bakgrunns-spørsmål og resten av spørsmålene.

Hvor mange spørsmål hver enkelt ansatt ble bedt om å svare på, varierte derfor ganske mye. De som ikke hadde deltatt i etisk refleksjon svarte på vesentlig færre spørsmål enn dem som hadde deltatt.

Det ble også lagt inn sperrer ved hjelp av distribusjonssystemet i SurveyXact slik at spørreskjemaet bare kunne besvares en gang pr person. Det betyr at hvert innsendte besvarelse representerer en ansatt, til forskjell fra spørreundersøkelser som kan besvares flere ganger av samme person. Spørreskjemaet bestod av bakgrunns-spørsmål som alder, kjønn, profesjon og spørsmål om introduksjon og organisering av etiske refleksjoner, deltakelse i etiske refleksjoner, konsekvenser av etiske refleksjoner for kolleger og bruker samt vilkår eller hinder for etisk refleksjon.

Før utsending ble spørsmålene besvart av seks personer som jobbet i kommunehelsetjenesten i et annet fylke for å teste om spørsmålene var lette å forstå og svare på. På bakgrunn av tilbakemeldinger ble det gjort noen endringer i forhold til formulering av enkelte spørsmål og svaralternativer.

Data fra SurveyXact ble eksportert til statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics versjon 19. Dataene ble analysert med hjelp av deskriptiv statistikk, tester i form av t-test respektive Kji-kvadrat-test for å teste forskjeller mellom grupper på intervall og nominalt datanivå og logistisk regresjonsanalyse (stepwise) for å undersøke hvilke bakgrunnsvariabler som kunne forklare om etiske refleksjoner på arbeidsplassen er meningsfulle eller ikke. Uavhengige variabler i regresjonsanalysen var alder, kjønn, total arbeidserfaring (antall år) i kommunehelsetjenesten, stillingsprosent og erfaring (antall år) av etiske refleksjoner på arbeidsplassen.

FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

Prosjektet har fulgt etiske retningslinjer for forskning i samsvar med Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013) og generelle etiske prinsipper som autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet (Beauchamp & Childress, 2013). Deltakere i fokusgruppeintervjuene fikk skriftlig informasjon og ga sitt skriftlig informerte samtykke til deltakelse før intervjuene. I tillegg ga de muntlig samtykke til digitalt opptak. Alle fikk informasjon om retten til å trekke seg. Ingen har trukket seg i etterkant. Det ble innhentet tillatelse fra alle rådmenn i de aktuelle kommuner til å gjennomføre studien i de respektive kommunene og før innsamling av e-mailadresser til ansatte i kommunene og utsending av spørreskjema. Det ble gitt skriftlig informasjon om studien vedlagt spørreskjema og mail om denne. Svar på spørreskjemaet ble ansett som samtykke til å bruke data.

Studien har godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (Ref. 26763). Da det ikke ble innhentet helseopplysninger verken om deltakerne selv eller tredjeperson faller studien utenfor mandatet til Regional forskningsetisk komité for medisin og helsefag og trengte ikke godkjenning av denne.

FUNN KVALITATIV DELSTUDIE

Funnene er presentert med tre kategorier:

- 1) organisering og metoder for etisk refleksjon
 - 2) erfaringer, og til sist 3) konsekvenser for møtet mellom helsearbeider og pasient og i kollegiet.
- Disse er samlet til det overordnede temaet Etisk refleksjon som bidrag til forbedrede tjenester i kommunehelsetjenesten.

ORGANISERING OG METODER FOR ETISK REFLEKSJON

Flere av informantene i de ulike fokusgruppene diskuterte ulik organisering av etisk refleksjon. De hadde ulik erfaring med hvordan etisk refleksjon var introdusert på arbeidsplassen, fra dags-seminar eller hva de kalte kick-off-seminar til ingen introduksjon i det hele tatt. Der dags-seminar var brukt, ble hele dagen anvendt til å fokusere på etiske problemstillinger. De ansatte tok opp etiske dilemmaer relatert til hva de jobbet med slik at dagen og den etiske refleksjonen ble opplevd som veldig relevant for egen praksis og eget arbeid.

REGELMESSIGHET OG FORUTSIGBARHET

Hvordan de fortsatte refleksjonsarbeidet var også ulikt organisert. Flere var opptatt av det regelmessige og faste innslaget med etisk refleksjon som nyttig og nødvendig. De poengterte betydningen av å kunne ta fem minutter på vaktrommet eller på rapporten der de fikk drøftet kort med hverandre når de hadde vært i en etisk vanskelig situasjon, eller skulle inn til en pasient som krevde ekstra etisk bevissthet i situasjonen. De var opptatt av å diskutere de daglige situasjonene som kunne oppleves som vanskelige og det å kunne diskutere med hverandre hva de tenkte og følte i disse situasjonene, og hvordan de kunne løse dem på best mulig måte. Muligheten til å kunne ha slike «fem-minutter» dialoger var viktig for at ikke situasjoner skulle vokse seg større og vanskeligere enn de var. De ansatte erfarte de kunne forhindre dette når de delte situasjonene med hverandre der og da. Dette krevde imidlertid litt «slakk» i arbeidet slik at det var mulig å stoppe opp en liten stund med tid til etisk refleksjon underveis i arbeidsdagen. I tillegg vektla informantene betydningen av å kunne ha faste grupper der hensikten var å drøfte etiske dilemma og å ha tid og mulighet for å bruke tid til refleksjon. Det å vite at det var en tid som var fastsatt til å ha etisk refleksjon var verdifullt. Da kunne de forberede seg på etisk vanskelig situasjoner som flere sto oppe i, og som de trengte å diskutere med hverandre på en mer systematisk måte. De hadde satt av på arbeidsoversikten at det var en fast tid på en halv til en time, der temaet var etisk refleksjon. De ansatte tenkte ut og kom selv med innspill til hva som skulle drøftes. Disse gruppene ble satt pris på. Flere pekte på at faste grupper med tid til etisk refleksjon var så betydningsfullt at de hadde satt i gang grupper på fritiden:

Vi har startet en etisk refleksjonsgruppe sånn utenom, foreløpig på fritid, men hvor vi er to veiledere på en måte og så er vi åtte som er med.

Sitatet på forrige side viser at etisk refleksjon opplevdes som fruktbart slik at de på eget initiativ hadde startet etisk refleksjonsgruppe som møttes fast i løpet av året, og ansatte møtte selv om det var på fritid. Noen hadde møter de betegnet som «etiske refleksjonsverksteder» der de tok opp etiske dilemma for felles refleksjon. Andre beskrev at de hadde tematikken etisk refleksjon fast i personalmøter og på fagmøter. Det tilsvarte de faste gruppene som andre hadde, men at det var satt av tid på fagmøter eller personalmøter der etisk refleksjon var tema på dagsorden. De opplevde det som positivt å ha etikk fast på agendaen og å ha rom for å diskutere etiske problemstillinger i fellesskap. Det å ha temaet som et fast punkt var viktig for å holde fokus på etikken i hverdagens daglige gjøremål.

Betydningen av planlegging og kontinuitet med faste møter samtidig som en person har ansvar for å drifte gruppen og refleksjonen, ble vektlagt i intervjuene. Det tar tid å holde på med systematisk etisk refleksjon, og det var viktig å sette av tid spesielt til dette. Å ha en person som var dedikert til å lede etisk refleksjon var en viktig premisse for at refleksjonen skulle gjennomføres på en systematisk måte. Samtidig bidro en slik person til at det ble opprettholdt et fokus på dette arbeidet i foraene der det var hensiktsmessig å ha egen tid til etisk refleksjon. En leder sa om rammene for å kunne ta tid til etisk refleksjon:

Så mitt råd til rådmannen er å gi organisasjonen litt mer slakk sånn at de kan ta [etisk refleksjon] i det daglige når de opplever sine utfordringer der og da.

Noen diskuterte også personalmangel som et hinder for etisk refleksjonsarbeid og at da «sklir» det ut. På det aktuelle stedet hadde de hatt faste gruppemøter der etisk refleksjon var tema, men den var avlyst noen ganger på grunn av personalmangel. Det var ikke tid til å møtes i gruppen fordi den konkrete pleien og oppfølging av pasientene naturlig fikk forrang, selv om etisk refleksjon ble ansett som viktig. Noen påpekte også at omorganisering på avdelingene hadde medført at gruppemøter for etisk refleksjon hadde blitt avlyst.

Forutsigbarhet og god nok bemanning kan således være viktige kriterier for at etisk refleksjonsarbeid skal fungere på en travel avdeling.

Men det var ikke bare personalmangel som var en utfordring i refleksjonsarbeidet, også økonomien satte begrensninger. Det satte lederen i et dilemma fordi administrativ leder pekte på at for eksempel tid til muntlige rapporter skulle kortes ned tidsmessig. Dette var samtidig som rapportene var en viktig møteplass for personalet, der de hadde mulighet til å treffes og å drøfte etisk vanskelige situasjoner de stod oppe i, i pleiehverdagen:

En ressursstyringsgruppe med økonomisjefen sier at vi skal korte inn rapportene sånn at vi sparer mer tid og at vi kan gå mer ute i pleien. Så det er jo et dilemma jeg føler som leder, at vi ser jo at det ville vært lurt for kompetansen og den etiske kompetansen å utvide rapportene, men vi blir begrenset på det også.

Rapportene bidro til etisk refleksjon og derved økt bevissthet og økt kompetanse for personalet når det gjaldt å kunne møte og å stå i etisk vanskelige situasjoner. Det er ikke minst betydningen av å øke kompetansen som igjen kan komme pasientene til gode som er et viktig bidrag ved etisk refleksjon.

REFLEKSJONSMETODER

Når det gjaldt de konkrete møtene der man diskuterte etiske dilemma og reflekterte rundt dette, ble det brukt ulike metoder. Mange tok utgangspunkt i egne opplevde situasjoner som hadde vært vanskelige å håndtere og at man hadde anvendt en refleksjonsmodell for å analysere situasjonen og finne handlingsalternativer. Men det ble også brukt alternative metoder for å sette i gang refleksjon. Noen brukte filmsnutter som introduserte et dilemma og deretter diskuterte personalet hvordan de ville forholde seg til dilemmaet om det gjaldt på deres arbeidsplass. Deretter diskuterte og reflekterte personalet sammen om hva de tenkte om dilemmaet som var vist. I fokusgruppene diskuterte informantene om fordelene

med å kunne være delt i smågrupper slik at alle våger å komme frem med sin refleksjon og sine tanker. Det kan virke overveldende for noen å diskutere sårbare områder som et etisk dilemma kan være, i grupper på over 20 personer. Det kan også være at det ikke er nok tid til at så mange kan få gitt godt nok uttrykk for sine refleksjoner når tiden er begrenset og mange har lange argumentasjoner for sitt ståsted.

Andre hadde brukt «trafikk-lys-metoden» der deltagerne får presentert et dilemma, for eksempel fra en «kortbunke» utarbeidet til bruk for etisk refleksjon. Der presenteres et dilemma sammen med ulike løsninger og de ansatte skal vise hva de tenker ved hjelp av kort med trafikklysfargene rødt, gult og grønt. Dersom man er uenig i løsningen for det aktuelle dilemmaet viser man rødt kort, ved nøytralt standpunkt eller man er usikker og ikke vet hva man mener kan man vise gult kort, og er man enig i løsningen viser man grønt kort. Når de viser ulike farge skal hver enkelt redegjøre for hvordan de opplevde og vurderte dilemmaet og løsningene og så bli enige på slutten ut fra de ulike refleksjonene hvordan man sammen vil håndtere dilemmaet.

Når man selv presenterer et dilemma kan det oppleves som sensitivt og sårbart å være i fokus for hva man tenkte og følte i situasjonen og hvorfor man handlet som man gjorde. Når dilemmaet er et skissert og tenkt tilfelle og den enkelte ser at noen viser samme farge som en selv og samtidig at alle fargene brukes og man skal argumentere for sitt ståsted så er det mindre sensitivt og utfordrende. Samtidig får gruppen til en etisk refleksjon og den enkelte tenke gjennom eget ståsted og handlingsvalg. Etter at refleksjonen har pågått en stund skal den enkelte på nytt vise rødt, gult eller grønt kort på hva de nå tenker om situasjonen som ble presentert. Informantene sa at de da erfarte at de viste ulike kort etter at refleksjonen var gjennomført fra hva de hadde gjort innledningsvis:

Vi ser at resultatene er veldig forskjellig fra første gang vi tok opp trafikklysene for vi har jo forandret oss underveis.

Flere informanter sa noe om at denne metoden opplevdes som mer «ufarlig» enn andre metoder, som for eksempel sekvensiell metode.

Sekvensiell samtale kalles også «Fishbowl method». Det var en kombinert lytte- og refleksjonsøvelse, som samtidig fungerte som en teknikk for hypotese-dannelse. Den baserte seg på at en person kom med et utsagn på et par setninger om en tenkt situasjon, til en annen person.

Denne personen skulle så uttale seg knyttet til den første personens utsagn samtidig som vedkommende utfordret en tredje person som spant videre i refleksjonen over de tidligere utsagnene og viste enighet, uenighet eller supplering av tankerekken. Slik kom deltakerne frem til en felles forståelse om situasjonen eller utsagnene som var utdypende i forhold til utgangspunktet.

En annen organisering var verdikafeer eller temakveld etter arbeidstid der man møttes for å diskutere etiske dilemma. Det var åpent og gratis for alle ansatte å komme. Der kunne de diskutere etiske dilemma i fellesskap. En fokusgruppe sa de hadde hatt små sketsjer der etikkleder og etikkveileder hadde spilt en situasjon, for eksempel fra en spisesituasjon på en post med ulike posisjoner. Tilskuerne fikk en aha-opplevelse av hvordan den kunne erfares fra pasientens ståsted. Deretter drøftet de ansatte hvordan de selv opplevde situasjonen og hvordan de kunne handlet annerledes for å ivareta respekt for pasientene i situasjonen.

LEDELSE

Det var litt ulik praksis på hvem som ledet etisk refleksjon. Noen brukte fagleder eller seksjonsleder, mens andre ganger var det enhetslederen. På andre steder var det egne etikkveiledere som hadde fått opplæring i etisk refleksjon og som hadde fått et særlig ansvar for å drive og å bevisstgjøre personalet i forhold til etisk refleksjon. Informantene påpekte lederens særlige ansvar. De sa at det oftest var sykepleierne som

tok initiativ til refleksjonsgrupper, men at det hadde vært nyttig å ha med en ekstern veileder eller en som hadde spesiell kompetanse til å lede etisk refleksjon. Informantene i en fokusgruppe fortalte at etikkveilederen på et sykehjem var brukt i kommunen til å orientere om etikkarbeid i kommunehelsetjenesten. På den måten hadde etikk-kompetansen og etisk refleksjon fått ringvirkninger utover det enkelte tjenestested og videre i hele kommunen, noe som opplevdes positivt:

Etikk-prosjektet har kommet ut i andre deler av kommunen så da har jeg og den andre etikk-kontakten blitt leid inn til å undervise om etikk-prosjektet og våre erfaringer i forbindelse med det.

Noen hadde hatt ekstern veileder, andre hadde brukt demenskoordinator til å lede etisk refleksjon, mens atter andre hadde egne etikkveiledere. Det å ha en med et spesielt ansvar for å drive refleksjonsprosessen og organiseringen syntes å være sentralt, både for at det i det hele tatt skulle bli møter med fokus på etisk refleksjon, men også for å holde fokus på det etiske i situasjonen som ble drøftet. Betydningen av at etikkveilederen og lederen hadde kompetanse til å lede etisk refleksjon og at de ble gitt mulighet til å skaffe seg denne kompetansen ble vektlagt:

Det er et poeng at det er en person som har ansvar for prosessen. (...) Det er viktig med en leder med veiledningskompetanse som har tatt noe utdanning på temaet.

Betydningen av å ha en leder som er bevisst og kan tilrettelegge for etisk refleksjon er tydelig i datagrunnlaget. Informantene sa det var viktig at den som ledet etisk refleksjon også hadde tid og i tillegg kompetanse til å lede refleksjonen. De måtte ha kunnskaper om etikk og etisk refleksjon, og samtidig kunnskap og kompetanse på det å veilede i sårbare situasjoner. Der det var ansatte som har fått rollen som etikk-veileder var det viktig at disse fikk reise på kurs og konferanser der temaet var etisk refleksjonsarbeid. Samtidig var det viktig at lederen på posten eller avdelingen etterspurte etisk refleksjon og at de la til

rette for at de ansatte kunne delta. Lederen må støtte etikk-veilederne i deres arbeid. Noen sa det eksplisitt:

Jeg tenker at alle lederne må ha kunnskap, (...) en er avhengig av at lederne er på banen, har kunnskap og støtter ressurspersonen.

I tillegg til at etikk-ressurspersonen ble ivaretatt og etterspurt var det viktig, innad i gruppen, at alle i teamet ble ivaretatt og sett i sine daglige gjøremål. Taushetsplikt var en annen faktor som var viktig for tryggheten til å komme fram med egne vurderinger og refleksjoner på tross av ulikheter. Det bidro til tilliten som må være der for å kaste seg utpå og være ærlig om egne dilemma og egen vurdering:

Det er flott at det er taushetsbelagt og jeg vet at her kan jeg si alt, dette kommer ikke videre.

Dette utsagnet forteller samtidig noe om neste kategori som er erfaringer med etisk refleksjonsarbeid. Det bidro til å sette i gang tanker og diskusjoner som engasjerte de ansatte på avdelingen.

ERFARINGER MED ETISK REFLEKSJONSARBEID

POSITIVE ERFARINGER

Informantene i de ulike fokusgruppene ga uttrykk for at det var en positiv erfaring å delta i refleksjonsgrupper, enten de var fast organisert eller at de ble tatt i løpet av en rapport eller på personalmøter. Det var positivt fordi man fikk tatt opp situasjoner som var vanskelige og som den ansatte strevde med og som de fikk hjelp til å håndtere via diskusjonene og de etiske refleksjonene med hverandre. Informantene sa det var en positiv erfaring der de fikk tatt opp og luftet problemer de selv erfarte i det konkrete arbeidet med pasienter. De fikk snakket om hva de syntes var

vanskelig og fikk innspill til hvordan ting kan sees på fra ulike ståsteder. Det å se at andre også slet i en del situasjoner ga deltakerne i etisk refleksjonsarbeid en fellesskapsfølelse og de fant det ikke så farlig å si at de selv slet med lignende eller andre situasjoner. Informantene sa at erfaringsutvekslingen var sentral i etisk refleksjonsarbeid. Noen ga uttrykk for at det kunne være litt mye å skulle bidra til etisk refleksjon, i tillegg til alle andre gjøremål fordi slik deltakelse kom «på toppen av en strevsom dag», i en uke som ellers var presset nok fra før av. Hoved-erfaringen informantene ga uttrykk for var likevel at det var en positiv opplevelse å delta i etisk refleksjonsarbeid.

De som har deltatt gir veldig positiv tilbakemelding. (...) De som har gått har gitt veldig gode tilbakemeldinger på de refleksjonsverkstedene som de har deltatt i.

Ufarliggjøring var flere opptatt av. Det å våge å komme frem med de tanker og erfaringer man hadde gjort seg og at det ble tatt i mot med respekt økte tryggheten for de ansatte. Informantene pekte på trafikklys-metoden som en metode som de hadde gode erfaringer med. Den ble ufarlig fordi alle tok stilling til en tenkt situasjon, alternativt en egenerfart situasjon. Det var greit at de viste ulike farger på kortene så lenge de alle sa noe om sine tanker og refleksjoner knyttet til sitt valg. De erfarte at de i samtalen fikk fokus på sine egne verdier og at de ble mer samstemte i hva som var viktige verdier for de ansatte som fellesskap:

Det blir ufarlig og det blir en god måte å snakke sammen på har vi opplevd da. (...) da forsøkte vi å ha fokus på verdier, og to verdier som er viktig i denne sammenhengen her er respekt og verdighet.

Det å få frem felles verdier og hva de ansatte som kollegium i tillegg ønsker skal prege deres arbeid og tilbud til pasientene er en positiv erfaring. Etisk refleksjonsarbeid bidro også til bevisstgjøring i forhold til egen praksis. Erfaringen til fokusgruppedeltakerne var at etisk refleksjon var nyttig. De fleste sa at de opplevde å stå i etiske dilemma i hverdagen der de

måtte gjøre valg. Når de hadde vært på møter med etisk refleksjon der de «ble tvunget» til å ta kjappe avgjørelser, og begrunne dem i etterkant, fikk de erfaring med å gjøre mer bevisste valg når de faktisk sto i situasjoner med pasienter. Etisk refleksjon i ettertid ble opplevd som en debrifing av situasjoner som har vært vanskelige og hvor de ansatte fikk satt ord på dilemmaet og hvordan de følte de hadde håndtert dette. Et eksempel på en situasjon som krevde rask avgjørelse, var når pårørende ringte, og de ansatte måtte ta stilling til hva de kunne gi av informasjon og svare på, i forhold til taushetsplikt overfor pasienten. Da hendte det at de tenkte over i ettertid om de handlet rett eller burde gjort noe annerledes. Fordelen med å ta en «fem-minutter» samtale eller ta opp på rapporten hvordan de hadde handlet og hvilke følelser som kom opp i ettertid, var frigjørende for personalet ved at de fikk luftet tanker og følelser og fikk respons fra kolleger på egen handling:

Så det med debrifing, det blir noe av det samme som det vi snakker om. Reflektere over de kjappe avgjørelsene.

Temaer som ble tatt opp til refleksjon kunne utvide forståelsen for arbeidet. En gruppe diskuterte nytten av ikke bare å diskutere situasjoner relatert til brukere og pasienter, men også situasjoner man stod i, i arbeidskollegiet. Informantene fortalte at de også diskuterte tema som hva de forventet av arbeidsplassen, hvilke egenskaper de opplevde at en god kollega innehadde, hva som kunne oppleves som frustrerende eller hva som ga påfyll og energi i arbeidshverdagen. Dette var tema som ofte ikke sto på dagsorden i en vanlig samtale, men som det gjorde godt å kunne diskutere i refleksjonsgruppene:

Da lærte jeg mye.(...) Hvordan vi har det med hverandre på jobb, det var litt spesiell opplevelse. Det var veldig bra.

Hva den enkelte faktisk opplevde å sitte igjen med etter refleksjonsmøter varierte på tross av at de fleste rapporterte at det var positivt og nyttig å delta i etisk refleksjon. En leder grunnet over at hun opplevde et møte

som nyttig og givende for medarbeiderne. Imidlertid kunne noen ansatte komme i ettertid og si de ikke hadde fått noe utav møtet, mens andre sa de hadde hatt godt utbytte av det:

Da syns jeg at det har vært interessant og etterspurt hva kommer dette av? Hva er det som gjør at den ene får veldig mye ut av det og den andre ikke? (...) vedkommende [sa] til meg da, som egentlig ikke fikk så mye ut av det at hun trodde på en måte at hun skulle få så mange svar, at alt blir lagt opp i hendene på deg.

Informantene etterspurte informasjon om hva etisk refleksjon egentlig gikk ut på. Etikk-veilederne var opptatt av at de skulle informere gruppene sine om hva etisk refleksjon innebar. De mente det ikke var viktig at alltid løsningene eller konkrete svar med handlingsalternativer var målet. Det å reflektere, tenke og å se situasjoner fra flere ulike vinklinger enn de i utgangspunktet var oppmerksom på, også var en viktig del av refleksjonen.

Å avklare forventninger til etisk refleksjon hadde betydning. En informant ga konkret uttrykk for at hun ikke var helt klar over hvordan det var forventet at gruppene skulle fungere:

Men så var det akkurat som jeg følte det sånn at tenk om vi kunne ha resonnert oss fram til et svar sånn at jeg hadde hatt en case så kunne jeg (...) kanskje brukt [det] senere. (...) Jeg tenkte en konklusjon. (..) Men nyttig det var det. Det var veldig nyttig disse gruppene.

En av de positive tingene med refleksjonsgruppene var anledningen til å ta opp ting som ellers ikke ville ha kommet frem i personalgruppen. Det å ha et sted der vanskelige situasjoner står på dagsorden og det er tillatt å luften problemer med både pasientsituasjoner og med kolleger syntes som en viktig erfaring:

Det har vært nyttig, for det har kommet opp ting og meninger som ikke ville kommet frem hvis ikke vi hadde [hatt etisk refleksjon]. (...) En kan snakke om ganske sensitive ting, har vi også klart å gjøre i personalgruppa. (...) Det ufarliggjør mange ting.

Etisk refleksjon medvirket også til at alle måtte bidra med sine vurderinger og erfaringer. I tillegg ble man bedre kjent, både med hverandre som personer, og med ulike bakgrunner som forskjellige profesjoner, kulturer og generasjoner. Å kunne diskutere med hverandre og å bli kjent med ulike synspunkter og erfaringer hos hverandre hadde bidratt til å utvide forståelsen for hverandre og forståelse for ulike profesjoner og ulike kulturelle bakgrunner. Men informantene ga også uttrykk for at etisk refleksjon har hatt noen ulemper.

ERFARINGER OM UTFORDRINGER

En ting informantene ga uttrykk for som en mer negativ erfaring, var mangel på klare retningslinjer. Det kunne være frustrerende. For eksempel dersom diskusjonen ikke medførte noen konklusjon, men bare ble avsluttet og situasjonen «hang i luften». Noen etikkveiledere var opptatt av at refleksjonen skulle være rundt situasjonen og følelser og verdier knyttet til denne, uten at man diskuterte løsninger. Noen deltagere ble utfordret av en slik forståelse fordi de ønsket å «lande» situasjonen før de avsluttet gruppen:

Jeg bare tenkte litt på, jeg kjente meg litt igjen på at jeg savna en konklusjon. Som jeg sa, vi har jo kanskje litt lett for å finne, tenke på løsninger og det er jo viktig å være i den prosessen. Men jeg er og veldig opptatt av at vi må lande en gang også.

Et problem som noen tok opp, var at det var ikke alt som var like relevant. Det kunne være fordi det var mange forskjellige profesjoner representert i refleksjonsgruppene. For eksempel saksbehandlere, personer i støttefunksjoner som kjøkken og renhold i tillegg til pleiere i direkte pasientbehandling. En sa:

Noen har gitt tilbakemeldinger på, for her er det forskjellige enheter, at det er ikke alt som har vært like relevant for våre saksbehandlere, og sånn vil det jo selvfølgelig være når vi bringer inn et etisk dilemma eller tema. Men mye av dette kan jo anvendes i forskjellige enheter selv om ikke du har samme type jobb.

En annen utfordring var at det kunne oppleves som nærgående når noen stilte spørsmål til vurderinger den ansatte hadde gjort i en vanskelig situasjon. Det kunne oppleves som nærmest truende om dilemmaet i refleksjonssituasjonen ble veldig personliggjort. Slike tilfeller krevde klokskap fra lederen, og forståelse for at den som «eide» og la frem situasjonen er i en sårbar posisjon. En sa at det var en uvanlig setting å skulle spørre kollegaer om hva de følte, hvordan de handlet, og hvorfor de handlet som de gjorde. Dette kunne være både provoserende og utfordrende for den personen som «eide» dilemmaet og derved var i fokus for refleksjonen. Utfordringen kunne også bestå av at man kanskje hadde handlet mer eller mindre automatisk av gammel vane, og ikke hadde problematisert sine egne handlinger eller holdninger i en etisk vanskelig situasjon.

En gruppe diskuterte at det var ikke alltid etisk refleksjon var nyttig. De mente at det stiller krav til den som leder refleksjonsmøtet å ivareta den som er i fokus for situasjonen det reflekteres rundt. En leder reflekterte over om det noen ganger var slik at etisk refleksjon ikke var bra for den som var i fokus, at det kunne bli for truende dersom man ikke ble ivaretatt som menneske i refleksjonssituasjonen. Det var ansvarsfullt å være leder og veileder i etikkarbeidet. Etisk refleksjon fikk frem følelser og kunne være sensitivt når situasjonen ble «plukket fra hverandre» og det skulle settes ord på handlinger og holdninger. Da var det viktig at personen i fokus ble sett og verdsatt og fikk bekreftelse på seg selv som verdifull selv om gruppen kunne være uenige i handlinger og holdninger som kom frem:

Det er utrolig viktig at [etikkveilederen] klarer å styre samtalen så den blir ivaretakende av de personene som er tilstede. (...) Så kompetansen syns jeg er et veldig essensielt begrep i en refleksjonssammenheng.

Et dilemma som lederne diskuterte i fokusgruppene var økonomiaspektet. Som nevnt under kategorien 'organisering' kunne noen oppleve økonomi som en hindring for å organisere etisk refleksjon. Økonomi var

også et dilemma når lederne diskuterte erfaring med etisk refleksjon. For eksempel om refleksjonen førte frem til løsningsalternativer som var etisk optimale, men som de ikke hadde økonomisk grunnlag for å gjennomføre:

Dilemmaet med at vi ikke har økonomiske rammer til å foreslå de tilbud som pasientene egentlig bør ha, men at vi lager noen saker som blir litt ulne og diffuse for at de skal passe inn i kommunens økonomi.

Hovedinntrykket etter alle fokusgruppesamtalene var likevel at det hadde vært en positiv opplevelse å få anledning til å ha etisk refleksjonsgruppe, noe følgende sitat illustrerer:

Det har vært kjempeflott. Jeg har jobbet her i ganske mange år, men jeg syns det med refleksjonsgruppene vi har hatt, har vært kjempefint. Mange ganger når vi jobber så tenker jeg at dette må jeg huske å ta med, det er et fint tema vi kunne hatt i refleksjonsgruppa. Eller noen av mine kollegaer har også sagt at dette må vi ta opp igjen. Så det har vært veldig positivt, det har det.

Siden deltakelse i etisk refleksjonsgrupper i hovedsak hadde vært en positiv erfaring for deltakerne var det interessant at de mente at det også hadde medført positive endringer og konsekvenser for tilbudet til brukere og pårørende, men kanskje aller mest for arbeidsmiljøet og forholdet til hverandre som kolleger. Dette belyses i neste kategori.

KONSEKVENSER AV ETISK REFLEKSJONSARBEID FOR PASIENTER, PÅRØRENDE, KOLLEGER OG ARBEIDSMILJØ

BEVISSTGJORTE HOLDNINGER

Informantene var i første rekke opptatt av at de mente å kunne se endringer i holdningene til hverandre. Sitatet nedenfor sammenfatter hva informantene hadde erfart som resultat av etisk refleksjon på avdelingsnivå:

Hvis en tar personalgruppa først så er det jo økt bevisstgjøring, det med et litt mer åpent sinn, det med respekt for ulike meninger, kulturer. Det er nødvendigvis ikke bare et riktig svar, ikke sant, at en får en mer åpen kultur for å diskutere ting. En får økt personlig innsikt og vekst. En vokser som menneske på det. Og det igjen vil jo påvirke våre pasienter og brukere. Jeg tror vi blir faglig flinkere ved å reflektere og en blir mer ydmyk i forhold til menneskelig adferd og holdning. Så det er klart at det går jo bare ned igjen til våre pasienter og brukere.

En gruppe pekte på betydninger av etisk refleksjon i pasientpleien. De viste til at det ikke alltid var mulig for pasientene selv å gi uttrykk for hvordan de opplevde pleietilbudet, for eksempel på grunn av demenssykdom. Det personalet da hadde lagt merke til, var endring i responsen fra pårørende. Pårørende gav tilbakemelding på hvordan de opplevde kvaliteten på pleien og hvordan dette påvirket pasienten i hverdagen. Informantene ga uttrykk for at de ofte hadde hørt fra pårørende at de behandlet pasientene med respekt og at de så mennesket bak demenssykdommen. De så hvem pasienten var som person og dermed dømte de ikke pasienten så fort ut fra «vanskelig atferd». Pasienten ble sett som et menneske med en sykdom som av og til førte til at han eller hun handlet på uønskede måter.

Personalet vektla at pasientene skulle oppleve og erfare at de ble behandlet med verdighet og respekt til tross for sykdommen. Det mente de at de oppnådde etter at de hadde begynt med etisk refleksjon og at de fikk tilbakemeldinger fra pårørende som så det samme:

Vi vil gjerne behandle de med verdighet og respekt selv om de har en langt-kommet sykdom. Så hos oss er det ikke så mye pasienten vi får tilbakemelding fra, det blir mer pårørende.

De som deltok syntes å ha blitt mer bevisstgjorte på egen atferd og egne holdninger og væremåter i møte med pasienter, pårørende og kolleger. Generelt sa informantene at bevisstgjøring hadde betydning for god omsorg til pasientene. De mente at de var blitt mer bevisst på egne handlinger og holdninger i den daglige omsorgen for pasientene og spesielt hvis de kom opp i vanskelige situasjoner. De pekte også på at det kunne være fort gjort i en travle hverdag å handle automatisk og rutinemessig og derved overkjøre pasientene. Men med etisk refleksjon i arbeidet tenkte de annerledes og ble mer bevisst på å ivareta respekt og verdighet for pasientene.

Verdien av respekt i møtet med pasienter er tydelig blitt bevisstgjort og konkretisert gjennom systematisk etikkarbeid. Et eksempel var økt fokus på å snakke med pasienten og ikke over hodet på vedkommende. Videre påpekte de at øyekontakt med pasienten og det å være tilstede i situasjonen uten å tenke på andre irrelevante ting var annen en måte å vise pasienten respekt på. En beskrev det slik:

Det handler om å møte brukeren med ro og respekt. Og da har jeg blitt mer bevisst om hva jeg sier i min vanlige hverdag til brukere og til medarbeidere, at man konsentrerer seg om det viktigste i stedet for å jabbe om været med ryggen til en bruker for eksempel så har vi kontakt. Ha øyekontakt og vite at vi er på samme sted. Og det er jo veldig viktig. Og det har jo noe med respekt for den du er hos. Nå er det faktisk hos deg jeg er. Og ikke, at tankene mine er der og ikke bare jeg.

Å banke på døren før de entret pasientrommet var en annen måte å uttrykke respekt for pasientens privatsfære på. De drøftet rutiner og ble klar over egne handlinger i en større grad etter etisk refleksjonsarbeid. Det var ikke lenger nødvendigvis automatiserte handlinger, der de gjorde ting uten å reflektere over at de skulle møte pasienten med respektfulle holdninger og handlinger også i rutinegjøremål. Informantene fra hjemmesykepleien var også opptatt av pasientmøter en til en, og betydningen av respekt for å få til det gode møtet med den enkelte pasient. De påpekte betydningen av å være bevisst egne holdninger. Om man ikke var klar over hvordan man selv handlet og forholdt seg til pasienten, mente informantene at det lettere kan oppstå vanskelige situasjoner:

Det er jo noe av det viktigste, få det gode møtet. Hvis man ikke er bevisst sine egne holdninger så kan det bære galt av sted før man har fått begynt. Det er kjempeviktig å få bevissthet rundt sin egne fremferd eller måten man snakker til på.

Noen påpekte at det kanskje var de som allerede hadde «gode holdninger» som også var mest aktive i å delta i etisk refleksjon, og at man gjerne skulle sett at også de andre ble mer involvert. De etterlyste at alle skulle bidra til etisk refleksjon og være deltagende i refleksjonsverksted eller refleksjonsgrupper. Det var alltid noen som kunne trenge mer teoretisk påfyll på det etiske området, og informantene reflekterte i fokusgruppene på om det av og til var de som trengte mest til etisk refleksjon som hadde en tendens til ikke å delta.

Et annet kjennetegn på konsekvenser av etisk refleksjon var en større grad av ydmykhet overfor hverandre. Informantene påpekte at de erkjente at mennesker er forskjellige og det har man lov til å være i en felles refleksjonsprosess:

Blir litt mer ydmyk overfor hverandre i personalgruppa, med forskjeller, at det er lov å ha forskjellig meninger. Det kan en godt respektere. Alle må ikke være like.

Som en annen sa det: «det med å ha respekten for at en er forskjellig, at den kanskje øker.»

TRYGGHET I HANDLINGER

Det var ikke bare ydmykhet og respekt for forskjeller som informantene reflekterte over i intervjuene. De snakket mye om betydningen av trygghet og at etisk refleksjon bidro til økt trygghet mellom kolleger, men ikke minst at man var tryggere i vanskelige situasjoner fordi man hadde drøftet mulige tilnærminger med kolleger:

Og har en da det oppe på agendaen så er en mer trygg på at en gjør det som er riktig. Eller det vil være rom for å diskutere om det en praktisk talt gjør. Om det er riktig.

Også fra andre informanter i de andre gruppene ble trygghet fremhevet som en bonus av etisk refleksjon, både å være trygg på kolleger og tryggere på seg selv i vanskelige situasjoner. Dersom man tidligere hadde vært usikker og utrygg i enkelte situasjoner, kunne man oppleve økt trygghet fordi man hadde diskutert med kolleger og hørt hva de andre tenkte og følte i forhold til situasjonen eller den konkrete pasienten. Da erfarte personalet en økt trygghet på at det var greit slik de selv følte og tenkte, og at de handlingene de gjorde var akseptable eller bra i den konkrete situasjon. En annen fokusgruppe diskuterte også trygghet og vektla at man ble trygg på seg selv og på hverandre når man kan være seg selv og det er rom for at man har ulike meninger og erfaringer, både positivt og negativt. Slik sett ble det også en læring for informantene selv:

Jeg blir tryggere for jeg vet hva du står for og de vet hva jeg står for. (...) Det er jo veldig verdifullt tror jeg i forhold til arbeidsmiljøet. Våge å være seg selv, sette ord på ting som en strever med. (...) Samtidig som en utvikles selv også, en læring og en utvikling hos deg selv som fagperson.

Noen informanter diskuterte betydningen refleksjon hadde for å forebygge utbrenthet og hindre for stor slitasje på personalet når de hadde stått i vanskelige situasjoner i møte med ulike pasienter. Det å få innspill fra kolleger på vanskelige situasjoner og derved klare å legge situasjonen bak seg og slippe å ta den med hjem i tanker og gruble videre på den, var viktig. Erfaringer

som hadde vært opplevd som vanskelige kunne sette seg i kroppen og det å få drøfte erfaringene med kolleger gjorde at man lettere kom videre på en god måte. Situasjoner som kan ha blitt opplevd som tøffe og vanskelige kan fort slite både fysisk og psykisk, men det å få det ut og få luftet og delt situasjonen bidro til å forebygge utbrenthet, ifølge informantene.

En annen sa at etisk refleksjonsarbeid hadde hatt betydning for støtten til hverandre og for å bli kjent. Dette henger også sammen med hvordan etisk refleksjon bidro til trygghet mellom kolleger. En dialog mellom informantene i en gruppe viste hvordan de så ulike aspekter av hva etisk refleksjon bidro med i arbeidsmiljøet og mellom dem som kolleger:

Informant1: Så tenker jeg at de felles refleksjonene gjør at vi blir bedre kjent med hverandre, mer sammensveisa som team for det som er vondt og oppfattes vanskelig for noen behøver ikke å gjøre det for andre. Så det å høre at folk setter ord på hvordan de har det, hvordan de oppfatter ting og hva de sliter med for å si det sånn, og det kan støtte hverandre. Det er litt sånn lim for den gruppa syns jeg. Det har vært bra. Bli bedre kjent med hverandre.

Informant 2: Det blir et helt spesielt samhold og du blir mye bedre kjent.

Informant 3: Ja, det blir en helt annen setting. Du kan være åpen og du kan være trygg og du kan si det du vil. Det er ikke, ingenting er farlig å si. Det er ganske godt.

Som konklusjon på fokusgruppesamtalene og funnene i studien er følgende sitat relevant:

Og så tror jeg at de som deltar da syns absolutt det er vel anvendt tid og som i neste omgang kommer både arbeidsmiljøet og en selv (...) utvikling av en selv og brukerne til gode.

Vår vurdering ut fra fokusgruppesamtalene er at etisk refleksjonsarbeid tar tid, men at dette er vel anvendt tid som er nyttig både for pasient, pårørende, den ansatte selv og kollegiet.

ETISK REFLEKSJON SOM BIDRAG TIL Å FORBEDRE TJENESTER I KOMMUNEHELSESTJENESTEN

Funnene viser at de informantene som har deltatt i etisk refleksjon mener de har hatt godt utbytte av et slikt tiltak. De har blitt bevisste på respekt overfor pasient og pårørende, at de ser pasienten som den person han / hun er, og hvordan de møter denne pasienten i ulike situasjoner. I tillegg har etisk refleksjon hatt betydning for arbeidsmiljøet ved at informantene gir uttrykk for å ha blitt bevisstgjorte egne holdninger og væremåter. De har blitt tryggere på seg selv og hverandre. Både i forhold til det å møte hverandre, men også tryggere på «å gå inn i» og «å stå» i vanskelige situasjoner. I ulike dilemmaer i møte med pasient, pårørende eller kolleger erfarer de at de har et annet refleksjonsnivå etter etisk refleksjonsarbeid fordi flere vurderinger har blitt mer bevisstgjorte.

RESULTAT KVANTITATIV DELSTUDIE

STUDIEGRUPPEN

Av de 409 (17,2%) som deltok i den kvantitative delstudien var 367 kvinner. Alderen på deltakerne varierte mellom 19 og 71 år med middelvei på 45,1 år (standardavvik (SD) 10,9). De fleste hadde lang arbeidserfaring, for eksempel 66 deltakere (16,1%) hadde jobbet 6-10 år, 76 (18,6%) hadde jobbet 11-15 år, 125 (30,6%) hadde jobbet 16-25 år og 98 (24,0%) hadde jobbet 26 år eller lengre. Det var et mindretall som hadde kort arbeidserfaring, for eksempel, 14 (3,4%) hadde jobbet 0-2 år og 24 (5,9%) hadde jobbet 3-5 år.

Mange yrkesgrupper var representert blant deltakerne (se Tabell 1), som jobbet innen ulike tjenester i kommunene (se Tabell 2). Stillingsprosenten varierte mellom 12 og 100%.

AKTUELL STILLING	n (%)
Sykepleier	112 (27,4)
Hjelpepleier	71 (17,4)
Omsorgsarbeider	36 (8,8)
Vernepleier	34 (8,3)
Helsefagarbeider	22 (5,4)
Sosionom	13 (3,2)
Fysioterapeut	6 (1,5)
Ergoterapeut	1 (0,2)
Pleimedhjelper	1 (0,2)
Annet	71 (17,4)
Ikke angitt	42 (10,3)

Tabell 1. Yrkesgrupper representert i studiegruppen (n=409)

AKTUELL TJENESTE	n (%)
Sykehjem	103 (25,2)
Hjemmebaserte tjenester	99 (24,2)
Bofelleskap	64 (15,6)
Omsorgsboliger med bemanning	48 (11,7)
Annet	68 (16,6)
Ikke angitt	27 (6,6)

Tabell 2. Type av arbeidsplasser rapportert av deltakerne (n=409)

INTRODUKSJON OG ORGANISERING AV ETISK REFLEKSJONSARBEID

Det var en variasjon mellom arbeidsplassene på et år til seks år med hensyn til hvor lenge etisk refleksjonsarbeid var praktisert (se Tabell 3). Alle kommunene holdt fortsatt på med etisk refleksjonsarbeid da studien ble gjennomført.

Tabell 3. Årstall for introduksjon av etisk refleksjon på arbeidsplassene rapportert av deltakerne (n=409)

ARBEIDSPLASSEN HAR DELTATT I ETISK REFLEKSJONSARBEID SIDEN ÅR	n (%)
2007	10 (2,4)
2008	12 (2,9)
2009	35 (8,6)
2010	43 (10,5)
2011	37 (9,0)
2012	36 (8,8)
Vet ikke	220 (53,8)
Ikke angitt	16 (3,9)

Å ha dagsseminar (n=87) og kick-off seminar (n=38) var eksempler på hvordan introduksjonen av etisk refleksjonsarbeid hadde blitt gjennomført på arbeidsplassene. Andre måter (n=109) for introduksjonen var også rapportert. Nitten deltakere rapporterte at ingen introduksjon var gjennomført, mens 44 ikke visste om noen introduksjon.

Det var lederen som hadde hatt ansvaret for introduksjonen i følge 162 deltakere. Etikk-koordinatorer (n=83), etikk-ressurspersoner (n=97) eller andre personer (n=39) var også angitt som ansvarlige for introduksjonen. Fjorten deltakere visste ikke hvem som hadde introdusert etisk refleksjonsarbeid på arbeidsplassen.

Lederen (n=115), etikk-koordinatoren eller etikk-ressurspersonen (n=74) var personer som fanget opp vanskelige dilemma på arbeidsplassene. En postkasse kunne også bli brukt for å fange opp etiske situasjoner for refleksjon (n=62).

Etiske refleksjoner ble gjennomført med bruk av ulike refleksjonsmetoder, som sekvensiell metode (n=92) og trafikklys-metoden (n=87). Mange (n=133) rapporterte at etisk refleksjonsarbeid ble gjennomført ved at situasjoner ble fremlagt i refleksjonsgrupper. Bruk av film med etterfølgende refleksjon over en case (n=37), bruk av kort med ulike case og refleksjon over casene (n=75) og rollespill (n=25) var også måter for å gjennomføre etisk refleksjon.

De som ledet etiske refleksjoner var etikk-ressurspersoner (n=120), etikk-koordinatorer (n=61), fagledere (n=58), sykepleiere (n=53), enhetsledere (n=51), en av de ansatte (n=48), hjelpepleiere (n=19), seksjonsledere (n=15), eksterne ledere (n=13) eller andre (n=26).

Etisk refleksjon ble rapportert å foregå i forbindelse med personalmøter (n=166), særskilte møter for etisk refleksjon (n=97), rapporter (n=93), lunsjpause (n=59), bruke «5-minutters»-refleksjon når en etisk situasjon oppsto (n=65), etikk-kafeer (n=49), dagseminarer (n=43), visning av film med samtale etterpå (n=32), refleksjonsverksted (n=26), møter i betalt fritid (n=21), rollespill (n=16) eller møter på fritid (n=7).

ERFARINGER MED ETISK REFLEKSJONSARBEID

Totalt 282 deltakere hadde deltatt i etisk refleksjonsarbeid, mens 115 rapporterte at de ikke hadde gjort det. Flere ulike årsaker ble angitt som årsak til at de ikke hadde deltatt i refleksjonsarbeidet, som for eksempel: ikke hatt mulighet til å delta (n=29), deltidsstilling (n=17), manglende tid (n=16), manglende møtестruktur (n=10), ikke relevant (n=10) eller ikke fått betalt fordi møtene ble lagt til fritiden (n=5).

De som hadde deltatt i etisk refleksjonsarbeid viste seg å være eldre (middelverdi 46,5 år, SD 10,3) enn de som ikke hadde deltatt (middelverdi 42,0 år, SD 11,6, $p < 0,001$). De som hadde deltatt hadde også høyere stillingsprosent (middelverdi 81,4%, SD 19,3) enn de som ikke hadde deltatt i etisk refleksjonsarbeid (middelverdi 77,1%, SD 24,8, $p = 0,010$).

Det fremkom både positive og negative erfaringer med bruk av ulike metoder for etiske refleksjoner. Mens 106 deltakere rapporterte å ha positive erfaringer med trafikklys-metoden, oppga fire at de hadde negativ erfaring og 112 deltakere hadde ingen erfaring med å jobbe med denne metoden. Positiv erfaring med sekvensiell metode var rapportert av 59 deltakere. Ti personer hadde negativ erfaring, mens 126 deltakere ikke hadde noen erfaring med sekvensiell metode.

Deltakerne rapporterte at organiseringen av etisk refleksjon var viktig for å kunne delta. Hvis etisk refleksjon gjennomførtes i forbindelse med personalmøter ($n=64$), 5-minutters refleksjon når det passer ($n=38$), møter i betalt fritid ($n=37$), visning av film med samtale etterpå ($n=34$), rapporter ($n=32$), særskilte møter ($n=29$), dagseminarer ($n=25$), lunsjer ($n=19$), refleksjonsverksted ($n=17$), etikk-kafé ($n=13$) eller rollespill ($n=9$) stimulerte det til deltakelse.

Lederen var viktig for å få igangsatt etisk refleksjon på arbeidsplassen. Eksempler på hva lederen kan gjøre for å legge til rette for etisk refleksjon var å sette etisk refleksjon på dagsorden på møter ($n=24$), sette av tid til refleksjonsmøter for personalgruppen ($n=23$), støtte gruppeprosesser rundt etisk refleksjon ($n=17$), bestille rom ($n=3$) og gi tid i arbeidsdagen til etikk-koordinatorer og etikk-ressurspersoner ($n=13$).

For å kunne gjennomføre etisk refleksjon på arbeidsplassen må nødvendige forutsetninger være tilstede. Disse forutsetningene presenteres i Tabell 4. Likeså var det rapportert hva som kunne være hinder for gjennomføring av etiske refleksjoner (se Tabell 5). Disse hinder kunne også ses som mulige årsaker til å ikke delta i etisk refleksjonsarbeid.

Tabell 4. Nødvendige forutsetninger for gjennomføring av etisk refleksjonsarbeid

NØDVENDIGE FORUTSETNINGER FOR ETISK REFLEKSJON	n
Raushet for å ha ulike meninger	188
Åpenhet om vanskelige situasjoner	179
Tid	178
Trygghet på hverandre	174
Leder må ha fokus på etikk	164
Leder tilrettelegger for refleksjon	156
Taushetsplikt	140
Leder må ha kompetanse i etikk	104
Mulighet for enkle møter med 5-minutters refleksjon	99
Etikk-kompetanse hos de som leder refleksjonen	99
Små refleksjonsgrupper	98
Tilgang til ressursperson på tema etikk	87
Faste dager for etisk refleksjon	83
Alle må ha en felles forståelse	73
Etikkrefleksjonen ledes av en bestemt person	52
Etablerte grupper	26
Kontrakt/regler for å delta i refleksjonsgrupper	25

Tabell 5. Opplevde hinder for etisk refleksjon

HINDER FOR ETISK REFLEKSJON	n
Manglende tid	167
Deltidsstilling	68
Manglende interesse	64
Manglende kunnskap om refleksjon	37
Mangel på møtestruktur	35
Manglende kunnskaper om etikk	30
Manglende åpenhet i personalgruppen	28
Mangel på trygghet overfor kolleger	23
Får ikke betalt når møtene er lagt til fritiden	20
Redsel for at egne meninger blir brukt mot meg senere	21
Refleksjonsmøte lagt til fritiden	19
Mange avbrytelser i refleksjonsmøtene	18
Store grupper – vanskelig å komme til orde	16
Omorganisering på arbeidsplassen	16
Faste dager for refleksjonsgruppemøter	11
Leder er en del av refleksjonsgruppen	9

KONSEKVENSER AV ETISK REFLEKSJONSARBEID

Det var 212 deltakere som anså at etikksatsingen hadde hatt betydning på arbeidsplassen, mens 39 ikke syntes det og 143 svarte at de ikke visste om den hadde hatt betydning. Det var ikke noen statistisk forskjell mellom menn og kvinner i forhold til om etikksatsingen hadde hatt betydning eller ikke på arbeidsplassen. De som rapporterte at etiske refleksjoner hadde hatt betydning var eldre (middelverdi 47,0 år, SD 10,2) enn de som ikke syntes det eller ikke visste om det hadde hatt betydning (middelverdi 43,1 år, SD 11,2, $p < 0,001$). Likeså hadde de som syntes at etiske refleksjoner hadde hatt betydning høyere stillingsprosent (middelverdi 84,4%, SD 18,1) enn de som ikke syntes det eller ikke visste (middelverdi 75,1%, SD 23,4, $p = 0,009$). I regresjonsanalysen ($n = 235$, determinasjonskoeffisient 0.30) fremkom tre faktorer som kan predikere om etisk refleksjonsarbeid har betydning for arbeidsplassen: høyere alder på personalet ($p = 0,034$, konfidensintervall 1,00-1,06), høyere stillingsprosent ($p = 0,029$, konfidensintervall 1,00-1,03) og lengre erfaring i antall år med etisk refleksjonsarbeid ($p < 0,001$, konfidensintervall 1,49-2,35).

Deltakerne som hadde deltatt i etiske refleksjoner rapporterte mange positive resultater på sine arbeidsplasser (se Tabell 6).

KONSEKVENSER AV ETISK REFLEKSJON FOR ARBEIDSPLASSEN	n
Bevisstgjøring av hverdagsetikken	181
Økt forståelse for brukere	157
Hjelp til å løse hverdagslige etiske problemstillinger	146
Økt forståelse hos medarbeidere	134
Økt kompetanse til å møte brukernes behov	129
Økt trygghet blant medarbeiderne	98
Endret opplevelse av eget arbeid	84
Endret teamsamarbeid positivt	75
Endringsvilje blant medarbeiderne	71
Fleksibilitet i eget arbeid	45
Tidskrevende	11
Endret teamsamarbeid negativt	2
Vet ikke	29

Tabell 6. Konsekvenser av etisk refleksjonsarbeid for arbeidsplassen rapportert av deltakere som hadde deltatt i etiske refleksjoner

De som hadde deltatt i etisk refleksjonsarbeid rapporterte også flere positive konsekvenser for medarbeiderne (se Tabell 7) og brukerne (se Tabell 8) relatert til etisk refleksjonsarbeid på arbeidsplassen.

KONSEKVENSER AV ETISK REFLEKSJON FOR MEDARBEIDERNE	n
Forstår hverandre bedre	160
Flere tør å si sin mening	150
Tar vare på hver hverandre	112
Viser tydelig respekt overfor hverandre	108
Flere er blitt kritiske til det de gjør	42
Ingen forandring	25
Feil bruk av tid i arbeidet	6
Vet ikke	28

Tabell 7. Konsekvenser av etisk refleksjonsarbeid for medarbeiderne rapportert av deltakere som hadde deltatt i etiske refleksjoner

Tabell 8. Konsekvenser av etisk refleksjonsarbeid for brukerne rapportert av deltakere som hadde deltatt i etiske refleksjoner

KONSEKVENSER AV ETISK REFLEKSJON FOR BRUKERNE	n
Brukeren blir ivaretatt med mer respektfull omsorg	174
Brukeren får mer individuell omsorg	123
Brukeren er blitt mer trygg på de ansatte	65
Ingen forandring	18
Brukeren overses oftere	2
Vet ikke	50

De deltakere som ikke hadde deltatt i etisk refleksjonsarbeid på sine arbeidsplasser kunne også rapportere flere positive konsekvenser for medarbeiderne (se Tabell 9) og brukerne (se Tabell 10) som følge av at andre medarbeidere hadde deltatt i etiske refleksjoner.

Tabell 9. Konsekvenser av etisk refleksjonsarbeid for medarbeiderne rapportert av deltakere som ikke hadde deltatt i etiske refleksjoner

KONSEKVENSER AV ETISK REFLEKSJON FOR MEDARBEIDERNE	n
Forstår hverandre bedre	25
Tar vare på hverandre	24
Viser tydeligere respekt overfor hverandre	19
Flere tør å si sin mening	16
Ingen forandring	15
Flere er blitt kritiske til det de gjør	7
Feil bruk av tid på arbeidet	1
Vet ikke	54

Tabell 10. Konsekvenser av etisk refleksjonsarbeid for brukerne rapportert av deltakere som ikke hadde deltatt i etiske refleksjoner

KONSEKVENSER AV ETISK REFLEKSJON FOR BRUKERNE	n
Brukeren får ivaretatt mer respektfull omsorg	32
Brukeren får mer individuell omsorg	24
Ingen forandring	21
Brukeren er blitt mer trygg på ansatte	13
Brukeren overses oftere	1
Vet ikke	49

De kvantitative resultatene viser at etisk refleksjon var betydningsfullt for bedret individualisert pleie til pasientene og at pasienten ble møtt mer respektfullt enn før etisk refleksjon ble innført. Resultatene viser også at de ansatte mente pasientene var blitt tryggere på de ansatte i pleiesituasjonene.

DISKUSJON

I denne studien er hovedfunnene at medarbeidere som har deltatt i studien har positive erfaringer med deltakelse i etisk refleksjonsarbeid. Et lite mindretall har negative erfaringer mens en relativt stor andel av medarbeidere som ikke har deltatt ikke ser noen endringer i arbeidsmiljøet eller for brukere. Likevel er det en større andel av både de som har deltatt og de som ikke har deltatt i etisk refleksjonsarbeid som hevder at dette arbeidet har hatt positiv betydning for arbeidsmiljøet og også for forholdet til brukere og pårørende. Disse funnene samsvarer med hva Boge (2010) beskriver at hun fant som resultat av etikksatsingen på Vestlandet. Hun skriver i rapporten at informantene beskriver at etisk refleksjonsarbeid er engasjerende og betydningsfullt fordi de opplevde en bevisstgjøring i forholdet til kolleger, pasienter og pårørende. Bevisstgjøring var også informantene i vår studie opptatt av. De reflekterte rundt betydningen av å sette ord på sitt ståsted for å være bevisst de handlinger de gjør i ulike situasjoner og hvordan de kunne handlet annerledes for å ivareta pasienter og pårørende bedre i etisk vanskelige situasjoner. Det å sitte i grupper og måtte ta stilling til etiske dilemma og argumentere for hverandre bidro både til bevisstgjøring og til en ny trygghet på hverandre som kolleger.

Boge (2010) fant at hennes informanter mente at selv om de var mer bevisste i møte med pasient og pårørende, kunne de ikke se at etisk refleksjonsarbeid

hadde påviselig effekt på forholdet og tilbudet til pasienter eller pårørende. I motsetning til dette mente informantene i vår studie at etisk refleksjonsarbeid har hatt betydning i positiv retning i møte med pasienter og pårørende. Informantene i fokusgruppene tilkjenner at de fikk positiv tilbakemelding fra pårørende til pasienter som har en demenssykdom, at pasienten blir bedre ivaretatt etter at arbeid med etisk refleksjon hadde startet i avdelingen. Også i spørreskjemaundersøkelsen markerer deltakerne, både de som selv har deltatt og de som ikke har deltatt i etisk refleksjonsarbeid, at pasienter blir møtt på en bedre måte enn tidligere i form av tydeligere respekt for pasienten og at pasienten blir bedre ivaretatt. Dette samsvarer med studien til Rees et al. (2009) som peker på betydningen av forståelse og respekt for den eldre for å kunne løse etiske problemstillinger som oppstår i pleien av eldre pasienter. I studien til Aitamaa et al. (2010) viser de at det mest vanlige problemet i pasientpleien er rett og slett at det er en etisk utfordring å gi god sykepleie. Et vanlig problem var ressursfordeling til og mellom pasienter og til å utføre pasientpleie av høy kvalitet (Aitamaa et al., 2010). Ressursfordeling er en utfordring også i vårt materiale. Å kunne prioritere tid til etisk refleksjon når mange arbeidsoppgaver venter, krever bevisst planlegging og rom i hverdagen til å ta «fem-minutter» samtaler der man på kort tid klarer å løfte fram de etiske dilemmaene som oppstår og å reflektere over hva de innebærer og hvordan de kan møtes i den konkrete situasjon. Annen forskning støtter denne erfaringen. Det å stimulere til etiske refleksjoner med kritisk selvrefleksjon i de konkrete praksissituasjonene er viktig for å utvikle en bevissthet angående etiske problemstillinger (Vanlaere & Gastmans, 2007; Wocial et al., 2010; Fridlund et al., 2014).

I vårt materiale tar ikke informantene opp spesielle problemstillinger som har vært gjenstand for drøfting, men peker likevel på betydningen av etisk refleksjon for kommunikasjon mellom kolleger, og mellom pleiere, pasienter og pårørende i ulike etisk vanskelige

situasjoner i pleien. Dette støtter forskningen til Bolling et al. (2009) opp om. De sier at systematisk etikkarbeid har medført «økt bevissthet om etiske utfordringer blant ansatte, familiene og beboerne, forbedret kommunikasjon og tillit» (Bolling et al., 2009: 193). Etiske problemstillinger som litteraturen peker på som relevante i kommunehelsetjenesten er når pasienten er i livets slutfase og det å ivareta pasientens rettigheter for forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Park, 2009). Dreyer et al. (2010) peker i den forbindelse på betydningen av relasjonen mellom pasient, pårørende, lege og sykepleier for beslutninger angående behandling ved livets slutfase.

Måten etisk refleksjonsarbeid drives på er også av betydning for at det skal bidra til en bevisstgjøring og en positiv opplevelse for medarbeiderne. Et møte som kan ha hatt stor betydning for noen i gruppen kan ha vært negativ eller ikke hatt utbytte for andre. En av lederne i fokusgruppene reflekterte over dette og hva mulige årsaker kan være til dette. Når vi ser på våre data, er det de eldste av medarbeiderne og de som har lengst erfaring som er mest positive og gir uttrykk for å ha hatt best utbytte av etisk refleksjonsarbeid. Det gjelder også de medarbeiderne som er ansatt i høyest stillingsprosent. Det å ha liten stillingsandel synes å virke negativt på opplevelsen av å ha ansvar for helheten og derved på å delta i etisk refleksjonsarbeid og på nytten av dette. Det er interessant at det er de eldste som gir uttrykk for best utbytte av etisk refleksjon. Ofte ser man at det er de yngre medarbeiderne som kan være pådrivere i faglig utvikling på en arbeidsplass, men når det gjelder våre funn er det tydelig at det er de medarbeiderne med mer erfaring og som har levd en stund som er mest positive til etisk refleksjon. Det kan kanskje henge sammen med det Dierckx de Casterlé et al. (2008) i sin studie beskriver som «ekspertsykepleiere». Disse viser «etisk modenhet» og en høy grad av etisk refleksjon og praksis. I en slik sammenheng kan vårt funn ses som at utbytte av etisk refleksjon er del av en modningsprosess. En begrensning i vår studie er imidlertid at det er i overveiende grad de med lang

erfaring som har svart på spørreskjemaet. Vi har kun et mindre antall medarbeidere med mindre enn 5 års erfaring som har deltatt i undersøkelsen.

I litteraturen finner man at det anbefales at etiske spørsmål bør inkluderes i etterutdanning av helsearbeidere (Suhonen et al., 2010). Det støtter våre funn opp om, ved at de viser at etisk refleksjon er noe man kan trenes i og som kan bidra til økt mestring av usikkerhet og tvetydighet som man ofte opplever i etisk vanskelige situasjoner. Samtidig kan det øke tryggheten for medarbeidere som har trening i og en forberedthet for etisk refleksjon.

Våre informanter representerer ulike enheter fra kommunehelsetjenesten, inkludert bo- og omsorgssentra og hjemmetjenesten. Spesielt det å arbeide i hjemmetjenesten stiller høye krav til pleierne fordi det kreves at de kjenner lovverket rundt pasientens rettigheter når tjenesten utføres i hjemmet. Men det er også krevende fordi de må ha kunnskap om de særegne etiske dilemmaer som kan oppstå når pleie gis i hjemmet, for eksempel i tilknytning til at de må opptre som gjester i pasientens hjem og vise hensyn til både pasient og pårørende som bor i hjemmet, samtidig som det er pleiernes arbeidsplass (Ladd et al., 2000). Jonasson et al. (2009) diskuterer også hvilke etiske verdier pårørende erfarer som styrende i samhandling med sykepleiere. De finner at sykepleiere oppfattes som ansvarlige. Ansvarlighet innebærer at sykepleierne er styrt av etiske verdier som respekt, integritet, autonomi og ansvar. Disse verdiene tilsier at pleierne må regne med og ta hensyn til pasienten og pårørende. I studien til Jonasson et al. (2009) hevder pårørende at tegn på god etisk omsorg handler om å fokusere på den gamle pasientens velvære. Når pasienten var godt ivaretatt følte også pårørende at de var viktige, verdifulle og kunne delta i samhandling som likeverdige. Dette samsvarer med hva våre informanter vektlegger når de diskuterer betydningen av etisk refleksjon. Det å vise pasient og pårørende respekt og være bevisst sitt ansvar som helsearbeidere er viktig og dette fremmes ved at pleierne får delta i etisk refleksjonsarbeid.

Det er vanskelig å si at noen metoder er mer velegnet enn andre. Hensikten er å få fram refleksjonen over de etiske dilemmaene som kan oppstå i praksishverdagen. Det synes som alle metodene fremmet denne hensikten om enn på ulike vis. Det var i hovedsak leder eller etikk-koordinator eller etikk-ressursperson som fanget opp vanskelige dilemma på arbeidsplassene og som ledet etikkrefleksjonene. Noen steder hadde man en postkasse der ansatte kunne legge lapper med erfarte dilemma som man ønsket refleksjon over. Det er vanskelig å komme med anbefaling av at en metode er bedre enn noen andre ut fra vår studie. Det er mer sakssvarende å anbefale at man må finne den metoden som fungerer best på den enkelte arbeidsplass og at man kanskje bør variere metoder ut fra ulike typer dilemmaer og ut fra ressurssituasjonen i avdelingen. Det som synes felles er betydningen av rammer som tillater at etisk refleksjon utføres regelmessig.

Dilemmaet var kanskje at ikke alle er klar over hva etisk refleksjon innebærer. Man skal kjenne på holdninger og verdier, man skal dvele ved begrunnelser, men ikke alltid finne handlingsalternativene og løsningene i første omgang. Etiske dilemma kjennetegnes ved at det ikke alltid er noen god løsning eller noen «fasit». Dette er en forståelse ikke alle sitter inne med. Derfor kan en bevisstgjøring av dette, føre til at flere drar mer nytte av og har større glede av etisk refleksjon.

Boge (2010) skriver at hun fant hva hun kalte suksesskriterier for gjennomføring og opprettholdelse av etisk refleksjon. Vi fant i vår studie flere forutsetninger som deltakerne mente var viktige for å opprettholde etisk refleksjonsarbeid på arbeidsplassen. På eget initiativ hadde man enkelte steder startet etisk refleksjonsgruppe som møtes fast, mens andre steder beskriver de at de har tematikken etisk refleksjon fast i personalmøter og på fagmøter. Flere rammer de beskriver som sentralt er regelmessighet, tid og økonomi, for å kunne ta tid til etisk refleksjon, som for eksempel tid til en 5-minutters refleksjon i situasjoner

der og da anses som viktig for etisk bevisstgjøring og handling. Taushetsplikt er en annen ramme som var viktig for tryggheten til å komme fram med sine personlige vurderinger og refleksjoner selv om disse var ulikt fra hva andre vektla i refleksjonen. Det bidro til tryggheten som må være der for å kaste seg utpå og være ærlig om egne dilemma og egen vurdering. Videre vektlegges at en person har ansvar for å lede refleksjonen og et viktig krav til den som leder refleksjonsmøtet er kunsten å ivareta den som er i fokus for situasjonen det reflekteres rundt. Dette er i samsvar med annen forskning. Eksempelvis Wocial et al. (2010) sier i forhold til tilrettelegging fra leders side: «This obvious involvement [i å sette av tid og å arrangere (vår merknad)] from unit-based nurse leaders is essential for staff nurses to perceive that their leadership is supporting their moral courage» (s. 52).

Tilrettelegging fra leders side, samt tid og ressurser i form av personale og økonomi, sier våre informanter er av betydning og dette finner også Boge (2010) i sin studie. Våre informanter påpeker at etisk refleksjon bidrar til ufarliggjøring fordi alle stiller likt med tanke på å måtte argumentere for sine valg og man blir bedre kjent både med hverandre som personer og med ulik bakgrunn som profesjon, kultur og generasjoner. Sammen med betydningen av lederens kompetanse og evne til å lede gruppen bidro det til trygghet; trygghet på eget ståsted og på hverandre som kolleger. Wocial et al. (2010) finner også når det gjelder å skape trygghet i gruppa at: «the facilitator... [can] create an environment where participants feel safe to express themselves freely» (s. 53).

Noen informanter diskuterer betydningen refleksjon har for å forebygge utbrenthet og hindre for stor slitasje på personellet når de har stått i vanskelige situasjoner i møte med ulike pasienter. Både Wocial et al. (2010) sin studie og Boge sin studie (2010) støtter disse funnene. Boge (2010) finner at det har betydning at etisk refleksjon ufarliggjøres og at det å ha ildsjeler er viktig for etikkarbeidet lokalt. Suksessfaktorer som Boge (2010) påpeker i tillegg, er betydningen

av forankring på alle nivåer inkludert politisk nivå og toppledernivå, jamfør også studien til Dierckx de Casterlé et al. (2002).

I foreliggende studie sier informantene noe om at det å avklare forventninger er viktig for at man skal ha utbytte av etisk refleksjon. Det at man forstår at selve refleksjonen er viktig og at man ikke alltid skal gå rett til handlingsalternativer, men jobbe med å drøfte situasjonen og de etiske aspektene i denne som det sentrale i en refleksjon. Ulike forventninger kunne bidra til at noen opplevde at etisk refleksjon ikke alltid var nyttig fordi de forventet å få en type «fasit» på dilemmaet, mens det ikke er hensikten med etisk refleksjonsarbeid.

Funnene og diskusjonen ut fra denne studien peker på muligheter, som for eksempel at ansatte blir bevisste på respekt overfor pasient og pårørende, og hvordan de møter pasienten i ulike situasjoner; samt at det har hatt betydning for arbeidsmiljøet fordi de ansatte er tryggere på hverandre og tryggere på å stå i vanskelige situasjoner ved at egne vurderinger blir bevisstgjorte etter etisk refleksjonsarbeid. Basert på litteraturen og funnene i vår studie synes det som viktig at det arbeides videre med tiltak som tid og møteplasser for å støtte etisk refleksjon i kommunehelsetjenesten. Det å tilby større stillingsandeler kan være viktig for å motivere til ansvarliggjøring av den enkelte i forhold til å se helheten i arbeidet. Det kan bidra til at medarbeiderne tenker mer langsiktig og bevisst med etisk refleksjon over hvordan de møter pasienter og pårørende på en respektfull måte og hvordan de kan gi kvalitativt god omsorg. Det er imidlertid viktig å presisere at vi ikke har holdepunkt for negasjonen, det vil si at vi mener ikke at personer med lav stillingsandel er mindre etisk eller respektfull i sin væremåte enn de med høyere stillingsandel. Det kan derimot være en utfordring for ledere å inkludere ansatte med lav stillingsandel i etisk refleksjonsarbeid. Det samme gjelder, ut fra vår studie, de yngre medarbeiderne. Det er viktig at også disse inkluderes i etisk refleksjonsarbeid og at rammene for å delta legges til rette slik at flest mulig har anledning til å delta.

Et annet aspekt er en utfordring til utdanningsinstitusjoner om å legge til rette for og å inkludere etisk refleksjon for å utvikle bevisstgjøring om etiske dilemma i hverdagen for bachelorstudenter og på videre- og etterutdanningsnivåer. Det gjelder utdanningsinstitusjoner både på videregående og på høyskole og universitetsnivå. Trobec, Herbst og Zvanut (2009) stiller også spørsmålet om det ikke er slik at utdanning kan ha betydning for bedre forståelse av etiske spørsmål. Å få trening i etisk refleksjon er et viktig grunnlag for å bevisstgjøre helsepersonell om egne handlinger og holdninger i møte med sårbare pasientgrupper i kommunehelsetjenesten.

METODOLOGISK DISKUSJON

Styrken ved denne studien er at den anvender et mixed method design med kombinasjon av kvalitative data fra fem fokusgruppeintervjuer kombinert med kvantitative data fra spørreskjemaundersøkelsen. En svakhet er lav svarprosent (17, 2%) på spørreskjemaundersøkelsen. Selv om dette likevel utgjør en relativt stor gruppe medarbeidere på 409 personer, er det vanskelig å si noe om representativiteten med en så lav svarprosent. Vi har fått flest respondenter med lang fartstid i helsetjenesten og som representerer godt voksne personer. Det er også flest sykepleiere og bare en pleiemedhjelper slik at utdanningsnivå hos respondentene er ulikt, uten at vi kan si om det har betydning for resultatene i den kvantitative delen. Fokusgruppene var sammensatt av representanter for ulike pleiegrupper og profesjoner slik at disse var heterogent sammensatt og representerte flere yrkesgrupper og profesjoner fra ansattgruppen. Det at de kvalitative og kvantitative funnene støtter opp om hverandre bidrar til å styrke inntrykket av at funnene er holdbare for de som har deltatt i studien.

Et annet usikkerhetsmoment i studien, som er både en styrke og en svakhet, er ulik tidsperiode kommunene har deltatt i etikksatsingen – fra 2007 til 2012, og hvilke konsekvenser det kan ha for vurderinger som kommer frem i funnene. Noen vil således ha lang erfaring med etisk refleksjonsarbeid mens andre nettopp har startet. Det kan ha betydning for hvordan man vurderer om etikksatsingen har hatt betydning for medarbeidere, pasienter og pårørende eller ikke. Det er likevel interessant at i fokusgruppene der man inkluderte personer med noen års erfaring med etikkarbeid, var man tydelige på at erfaringen var at etisk refleksjon hadde hatt betydning på flere områder. Dette gjelder også for resultatene av spørreskjemaundersøkelsen.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Vår studie viser at etisk refleksjonsarbeid har betydning for brukere av kommunehelsetjenesten, pårørende og ansatte når det gjelder kvalitet av tjenestene. Det anbefales at det gis ressurser som tid, økonomi og personale til å drive etisk refleksjonsarbeid. Det bør være egne personer som er ledere av etisk refleksjonsarbeid som får tid til dette, inkludert å utvikle egen kompetanse i etikk og for å lede etisk refleksjonsarbeid. Det bør også nedsettes faste grupper som møtes regelmessig med definerte rammer som for eksempel taushetsplikt, slakk i arbeidet som gir mulighet for en 5-minutters refleksjon og at det brukes ulike metoder for å bidra til gode refleksjonsmøter.

KONKLUSJON

Hovedinntrykket av fokusgruppeintervjuer og spørreskjemaundersøkelsen samlet er at det er overveiende positive erfaringer med deltagelse i etisk refleksjon. Det er en fordel at refleksjonsmøter er regelmessige, at én person har ansvar for å lede gruppene, at taushetsplikten respekteres, og at det er avklarte forventninger til hva etisk refleksjon innebærer. Negative aspekter er manglende rammer som tid og økonomi til å drive systematisk etikkrefleksjon. Det kan oppleves provoserende og negativt med mye fokus på den som «eier» situasjonen som er oppe til refleksjon og det er viktig at leder ivaretar de ansatte i forbindelse med refleksjonsarbeid. Det oppleves som bevisstgjørende og skaper trygghet for medarbeidere og flere av de som har vært informanter i studien mener det har positive konsekvenser for pleietilbudet til pasienter og møte med pårørende at man har hatt etisk refleksjonsarbeid i kommunen.

REFERANSER

- Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Puukka, P., & Suhonen, R. (2010). Ethical problems in nursing management: the role of codes of ethics. *Nursing Ethics*, 17(4), 469-482.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Boge, R. (2010). Evaluering av prosjekt; Samarbeid om etisk kompetanseheving. Hovedrapport 15.05.2010. Senter for omsorgsforskning - Vest. Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Bolling, G., Pedersen, R., & Førde, R. (2009). Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 186-196.
- Collopy, B. J. (1988). Autonomy in long term care: some crucial distinctions. *The Gerontologist*, 28 Suppl, 10-17.
- Davis, A. J., & Aroskar, M. A. (1983). *Ethical dilemmas and nursing practice*. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.
- Davis, A. J., Fowler, M. D., & Aroskar, M. A. (2010). *Ethical dilemmas & nursing practice*. Boston: Pearson Education.

- Dierckx de Casterlé, B., Izumi, S., Godfrey, N. S., & Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 540-549. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x
- Dierckx de Casterlé, B., Meulenbergs, T., van de Vijver, L., Tanghe, A., & Gastmans, C. (2002). Ethics meetings in support of good nursing care: some practice-based thoughts. *Nursing Ethics*, 9(6), 612-622.
- Dreyer, A., Førde, R., & Nortvedt, P. (2010). Life-prolonging treatment in nursing homes: How do physicians and nurses describe and justify their own practice? *Journal of Medical Ethics*, 36(7), 396-400.
- Frilund, M., Eriksson, K., & Fagerström, L. (2014). The caregivers' possibilities of providing ethically good care for older people - a study on caregivers' ethical approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2): 245-254. doi: 10.1111/scs.12047
- Førde, R. (1995). Pasientautonomi: Nyttig eller utopisk prinsipp i klinisk praksis? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 115(20), 2568-2570.
- Goethals, S., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2010). Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), 635-650. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.010
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. (www.lovdato.no) (Hentet 02.02.2014).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. (www.lovdato.no) (Hentet 02.02.2014).

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b). Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven). Oslo: Sosial- og helsedepartementet. LOV-1999-07-02-64. (www.lovdata.no) (Hentet 02.02.2014).
- Hunink, G., van Leeuwen, R., Jansen, M., & Jochemsen, H. (2009). Moral issues in mentoring sessions. *Nursing Ethics*, 16(4), 487-498. doi: 10.1177/0969733009104611
- Johannessen, K. I., Molven, O., Roalkvam, S., & Aakre, M. (2007). Godt, rett, rettferdig: etikk for sykepleiere. Oslo: Akribe.
- Johansen, K. E., Vetlesen, A. J., & Hegdal, O. A. (2000). *Innføring i etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jonasson, L. L., Liss, P. E., Westerlind, B., & Berterö, C. (2010). Ethical values in caring encounters on a geriatric ward from the next of kin's perspective: an interview study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 20-26. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01805.x
- Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, (Eds.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (pp. 91-99). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles, California: Sage.
- Ladd, R. E., Pasquerella, L., & Smith, S. (2000). What to Do When the End Is Near: Ethical Issues in Home Health Care Nursing. *Public Health Nursing*, 17(2), 103-110. doi: 10.1046/j.1525-1446.2000.00103.x
- Lin, C., Lu, M., Chung, C., & Yang, C. (2010). A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nursing Ethics*, 17(3), 373-382. doi: 10.1177/0969733009355380
- Numminen, O., van der Arend, A., & Leino-Kilpi, H.

- (2009). Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 380-394. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00608.x
- Park, M. (2009). Ethical issues in nursing practice. *Journal of Nursing Law*, 13(3), 68-77. doi: 10.1891/1073-7472.13.3.68
- Rees, J., King, L., & Schmitz, K. (2009). Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics*, 16(4), 436-452. doi: 10.1177/0969733009104608
- Schou, K., Alvsvåg, H., Blåka, G., & Gjengedal, E. (2008). The (dis)appearance of the dying patient in generalist hospital and care home nurses' talk about the patient. *Nursing Philosophy*, 9(4), 233-247.
- Sletteboe, A. (1997). Dilemma: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 449-454. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-00999.x
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Prioritering i kommunehelsetjenesten – Utvalgte tema. Rapport IS-1453*.
- St. meld. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Suhonen, R. (2010). Clinical ethics and challenges to individualized care. *Nursing Ethics*, 17(5), 541-542. doi: 10.1177/0969733010373999
- Suhonen, R., Stolt, M., Launis, V., & Leino-Kilpi, H. (2010). Research on ethics in nursing care for older people: a literature review. *Nursing Ethics*, 17(3), 337-352.
- SurveyXact (2011). *Danmark: Rambøl Management Consulting*.

Vanlaere, L., & Gastmans, C. (2007). Ethics in nursing education: learning to reflect on care practices. *Nursing Ethics*, 14(6), 758-766. doi: 10.1177/0969733007082116

WMA (World Medical Association Declaration of Helsinki). (2013). Ethical principles for medical research involving human subjects. [https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/ Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/](https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/) (Hentet 26.05.2014).

Wocial, L. D., Hancock, M., Bledsoe, P. D., Chamness, A. R., & Helft, P. R. (2010). An evaluation of unit-based ethics conversations. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*, 12(2), 48-54; quiz 55-46. doi: 10.1097/NHL.0b013e3181de18a2



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R