

# Høgskolen i Ålesund

## Rapport 2014/02

Etisk kompetanseheving ved behandling og lindring ved livets slutt –  
et utviklingsprosjekt for personalet i sykehjem

May Helen Midtbust  
Liv Bodil Angvik Ipsen  
Rigmor Einang Alnes



**Ålesund 2014**

**Serie: Rapport, Høgskolen i Ålesund**

Copyright: Høgskolen i Ålesund/May Helen Midtbust et. al.

ISSN: 1502-7643

ISBN: 978-82-92186-47-3

Et samarbeidsprosjekt mellom

Åse sykehjem, Ålesund kommune  
Høgskolen i Ålesund, avdeling for helsefag



## Innhold

1.0 Innledning og bakgrunn .....	4
1.1 Mål for prosjektet.....	5
1.2 Kjennetegn ved virksomheten.....	5
2. Metode .....	5
2.1 Intervensjon.....	5
2.1.1 Prosjektgruppe .....	5
2.1.2 Fagdager og internundervisning .....	6
2.1.3 Etablering og gjennomføring av refleksjonsgrupper .....	7
2.2 Evaluering .....	8
2.2.1 Evalueringssamtaler med personalet.....	8
2.2.2 Spørreundersøkelse, utvalg og datasamling.....	8
3.0 Resultat .....	9
3.1 Resultat fra intervju.....	9
3.1.1 Rutiner for samarbeid i beslutningsprosesser .....	9
3.1.2 Arena for tverrfaglig samarbeid i spørsmål knyttet til livets slutt .....	9
3.1.3 Kunnskap om etiske problemstillinger ved livets slutt .....	10
3.1.4 Definerings av de ulike rollene i beslutningsprosesser .....	11
3.1.5 Rutiner for dokumentasjon .....	11
3.1.6 Inkludering av sykepleierstudenter ved Høgskolen i Ålesund .....	11
3.2 Resultat fra spørreskjema.....	11
3.2.1 Resultater fra spørreskjema - endringer fra 2012 til 2013 .....	12
4.0 Diskusjon .....	14
4.1 Refleksjonsgrupper .....	14
4.1.1 Forankring i ledelsen.....	14
4.1.2 Ressursgruppe .....	14
4.1.3 Refleksjonsmodell.....	15
4.1.4 Etiske utfordringer i arbeidshverdagen .....	16
4.2 Økt kunnskap om problemstillinger ved livets slutt .....	16
5.0 Konklusjon.....	17
Litteraturliste:.....	19
Vedlegg 1 .....	20

## 1.0 Innledning og bakgrunn

Prosjektet ”Etisk kompetanseheving ved behandling og lindring ved livets slutt» er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Ålesund og Åse sykehjem (Ålesund kommune). Prosjektet er finansiert gjennom samarbeidsorganet ved Høgskolen i Ålesund, AHF og høgskolens samarbeidskommuner på Sunnmøre. Hensikten med prosjektet var å spre og å utvikle kunnskap om utfordringer knyttet til behandling og lindring ved livets slutt.

I løpet av de siste tiårene har den medisinske utviklingen gjort det mulig å forlenge levetiden til ulike pasientgrupper ved hjelp av nye behandlingsmetoder. Grensene i forhold til hva som er en naturlig død flyttes. Behandling og omsorg ved livets slutt reiser en rekke viktige etiske spørsmål.

Et sentralt etisk spørsmål er hvem som bør ta avgjørelser og hvilken rolle pårørende bør ha i beslutningsprosessene i slike situasjoner. I Norge tilkjennes behandlende lege beslutningsmyndighet, der det inngår at annet helsepersonell og pårørende skal inkluderes for å bidra med informasjon om hva pasienten ville ha ønsket om han/hun var samtykkekompetent. Husebø & Husebø (2004) gjennomførte en åpen spørreundersøkelse der sykehjemsleger ved 20 norske institusjoner ble bedt om å redegjøre for sin praksis i forhold til etiske beslutninger i slike situasjoner. Beslutningsprosessene rundt disse problemstillingene viste seg å være preget av stor grad av tilfeldighet. Dette samsvarer også med nyere forskning gjort ved norske sykehjem (Dreyer, Forde et al. 2009; Dreyer, Forde et al. 2010; Gjerberg, Forde et al. 2010; Dreyer, Forde et al. 2011; Gjerberg, Forde et al. 2011). Det har vist seg at en kan unngå konfliktsituasjoner i spørsmål om omsorg og ved behandling ved livets slutt om kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende innledes tidlig i et sykdomsforløp. Er pasientens ønsker og syn på spørsmål rundt livets slutt kjent, kan det være enklere å enes om beslutninger når pasienten er så syk at han/hun ikke lenger kan ta valg selv (Husebø and Husebø 2005).

Både beslutningsprosesser og andre etiske utfordringer som kan oppstå knyttet til behandling og lindring ved livets slutt kan tas opp i refleksjonsgrupper i virksomheten. Å etablere jevnlig refleksjonsgrupper der ansatte får mulighet til å ta opp etiske utfordringer i sin arbeidshverdag har vist seg å være et nyttig redskap. Gjennom dette kan blant annet kollegaer lære å samtale om utfordrende situasjoner, det kan gi trygghet og større faglighet og være et pustehull i arbeidshverdagen (Amble and Gjerberg 2009; Alnes, Vågen et al. 2013). Forskning har også vist at refleksjonsgrupper kan være en kilde til å løse forbedringsoppgaver i en virksomhet (Amble and Gjerberg 2009). Det å bruke refleksjonsgruppene til å øke bevisstheten på et område kan føre til at kloke handlingsalternativ løftes frem og fører til en bedre helsetjeneste både overfor pasient og pårørende.

## **1.1 Mål for prosjektet**

Hensikten med prosjektet var å spre og å utvikle kunnskap om utfordringer knyttet til behandling og lindring ved livets slutt. På bakgrunn av dette ble følgende mål definert:

Sikre forsvarlig behandling og omsorg for sykehjempasienter og deres pårørende gjennom:

- Å etablere gode rutiner for samarbeid i beslutningsprosesser mellom helsepersonellet, pasienter og pårørende i sykehjem.
- Utvikle en arena for tverrfaglig samarbeid i spørsmål knyttet til livets slutt gjennom blant annet å etablere refleksjonsgrupper.
- At personalet får mer kunnskap om etiske problemstillinger ved livets slutt.
- At personalet får mer kunnskap og evne til å definere de ulike rollene i beslutningsprosesser i spørsmål om behandling og omsorg ved livets slutt (lege, sykepleier, hjelpepleier, pasient, pårørende).
- Å sikre gode rutiner for dokumentasjon.
- Å inkludere 1. års og 3. års studenter fra Høgskolen i refleksjonsgruppene.

## **1.2 Kjennetegn ved virksomheten**

Sykehjemmet har plass til 48 pasienter. Sykehjemmet har 2 somatiske avdelinger med 24 plasser hver. Av de som arbeider der er 19 sykepleiere, 30 hjelpepleiere/helsefagarbeidere og 35 ufaglærte. Sykehjemmet har tidligere ikke drevet systematisk etikk-arbeid.

## **2. Metode**

### **2.1 Intervensjon**

For å spre og å utvikle kunnskap om utfordringer knyttet til behandling og lindring ved livets slutt ble det etablert en prosjektgruppe som hadde ansvar for prosjektmøter, etablering av refleksjonsgrupper, pårørende samlinger, fagdager for ansatte både ved sykehjemmet og ved andre sykehjem i kommunen og internundervisning til ansatte ved sykehjemmet.

#### **2.1.1 Prosjektgruppe**

Ved prosjektstart ble det satt ned en prosjektgruppe som skulle lede og koordinere arbeidet med prosjektet. Målet var at prosjektgruppa skulle bestå av en representant fra Høgskolen i Ålesund, ulike

yrkesgrupper ved Åse sykehjem, samt pårørende. Det var ønskelig å ha med en pårørende til en pasient som var i sykehjemmet, eller hadde vært pasient i sykehjemmet i løpet av de siste to årene.

Prosjektgruppa ble etablert i september 2012 og bestod da av Førsteamanuensis Anne Dreyer fra Høgskolen i Ålesund, avdelingssykepleier Liv Ipsen, sykepleierne Marthe Hilmarsen, May Lilleøy Nygard og Frida Anett Bjørkevoll og hjelpepleier Torill Lervåg fra Åse sykehjem. I januar 2013 tok Høgskolelektor May Helen Midtbust over for Anne Dreyer og Torill Lervåg gikk også ut av gruppa i forbindelse med permisjon. Det lyktes ikke å få med en pårørenderepresentant i prosjektgruppa.

Det ble gjennomført omlag 3 prosjektmøter per halvår i prosjektperioden for å planlegge, evaluere og justere gjennomføringen av prosjektet. Møtene hadde fokus på fremdrift i prosjektet og status for de tiltakene som hadde blitt gjennomført. Eksempelvis ble det planlagt ulike tema som det skulle gjennomføres undervisning i, både til ansatte og pårørende. Et viktig tema som har gått igjen har vært statusrapport for arbeidet med refleksjonsgruppene. Oppstart av refleksjonsgrupper, se punkt 2.1.3, har vært viktige tiltak i prosjektet og generert ulike spørsmål og behov som har blitt drøftet på prosjektmøtene.

Som en undergruppe til prosjektgruppa ble det etablert en egen ressursgruppe i etikk ved sykehjemmet. Denne gruppa bestod av 4 av de ansatte som var med i prosjektgruppa, 2 fra hver avdeling ved sykehjemmet. Gruppa har fortsatt som ressursgruppe i etikk ved sykehjemmet etter at prosjektperioden var avsluttet.

## 2.1.2 Fagdager og internundervisning

I løpet av prosjektperioden er det gjennomført både internundervisning og fagdager med tema knytt til etisk kompetanseheving ved livets slutt. Det har blitt holdt egen undervisning for pårørende, og prosjektgruppa har deltatt på ulike kurs i etikkarbeid. Fagdager og internundervisning har foregått fra september 2012 til mars 2013, se tekstboks under:

- September 2012: Obligatorisk undervisning for alle faste ansatte i bruk av etisk refleksjonsmodell ved Anne Dreyer
- 12.09.12: Fagdag Palliasjon
- 28.11.12: Fagdag: Symptomlindring
- 13.12.12: «Pårørendes rolle i sykehjem» ved Anne Dreyer
- 13.12.12: Undervisning til pårørende: "Livets slutt i sykehjem" ved Anne Dreyer.
- 30.01.13: "Pårørendes erfaringer når en av deres nære dør i sykehjem" ved May Helen Midtbust
- 04.02.13: Prosjektgruppa deltar på "Erfaringskonferanse for klinisk etikk-komiteer og etikkråd" i Oslo

- 25.02.13: Prosjektgruppa deltar på ”Etisk refleksjonsverkstad for helsepersonell i Sula og Ålesund kommune”. 13.03.13: Prosjektgruppa deltar på ”Markeringsdag for etisk refleksjon i Ålesund kommune.
- 05.06.13: Fagdag: ”Etiske utfordringer og personlig utvikling” ved Sølvi Røsvik Vågen.

### 2.1.3 Etablering og gjennomføring av refleksjonsgrupper

Å etablere refleksjonsgrupper og få disse integrert i den daglige virksomheten ved sykehjemmet var et viktig tiltak for å oppnå prosjektets hensikt om å utvikle kunnskap og refleksjon rundt problemstillinger ved livets slutt. Avdelingssykepleier organiserte dette ved å skrive i vaktplanen hvem som skulle delta på refleksjon, og det ble lagt inn i de ansattes turnus. Det ble gjennomført internundervisning i bruk av refleksjonsmodell, og det å lede refleksjonsarbeid. Målet var at organisert refleksjon skulle være en del av arbeids- og tilsetningsforhold ved sykehjemmet, og alle i virksomheten skulle inkluderes. For å få dette integrert som en vanlig rutine, er det blant annet blitt utarbeidet en intern prosedyre som beskriver hvordan refleksjonsgruppen blir organisert og gjennomført.

Refleksjonsgruppene er per i dag fast hver torsdag kl 14.00-14.45, og alle ansatte på tvers av avdelingen er oppfordret til å delta. De er organisert ved at 2 fra prosjektgruppa/ressursgruppen leder refleksjonen. Den ene skriver opp refleksjonsmodellen på en Flipover, og leder gruppen gjennom refleksjonen. Den andre lederen skriver logg i egen loggbok for refleksjonsgruppene. Åse sykehjem har kommet fram til at følgende refleksjonsmodell har fungert som et nyttig verktøy i deres refleksjonsarbeid:

Refleksjonsmodell brukt ved Åse sykehjem:

**Trinn 1:**

Hva er situasjonen/problemet?

**Trinn 2:**

Hvem er de berørte parter/involverte?

**Trinn 3:**

Hvilke verdier/lover eller prinsipper står på spill?

**Trinn 4:**

Handlingsalternativer?

Denne refleksjonsmodellen er en tilpasset versjon av det som kalles sjekklister for etisk refleksjon i ”*Etikkhåndboka for kommunens helse- og omsorgstjenester*” (Eide og Aadland 2012).

Refleksjonsgruppene har startet med at en av lederne har spurt deltakerne om det er noen som har en situasjon/ case som de ønsker å legge fram. Om det er flere som har aktuelle case så er det gruppemedlemmene som bestemmer hva en skal gå videre med i den aktuelle refleksjonsgruppa, og hva som kan tas opp i neste gruppe. Aktuelle case har alltid kommet opp. Lederne har erfart at det må tales litt stillhet i begynnelsen av gruppa før noen tar ordet og legger fram en situasjon for refleksjon. En har også erfart at deltakerne er mer aktive og engasjerte når de reflekterer over aktuelle case som foregår i avdelingen «her og nå», enn ved bruk av eksempelvis refleksjonskort.

Ressursgruppa har hver 6. uke gjennomført en «etikklunsj». En «etikklunsj» vil si at deltakerne samles til ca. en times lunsj, der formålet er å utveksle erfaringer. I tillegg til å lede refleksjonsgruppene er det planlagt at ressursgruppa skal ha internundervisning for personalgruppa omlag en gang per år.

Lærere ved Høgskolen i Ålesund har vært veiledere for prosjektet og deltatt på flere refleksjonsgrupper i løpet av prosjektperioden. Dette var spesielt nyttig i oppstarten av prosjektet, for opplæring og trygging av ressurspersonene i deres oppgaver og roller. Det har vært åpning for at sykepleierstudenter kunne delta, noe de også har gjort.

## **2.2 Evaluering**

### **2.2.1 Evalueringssamtaler med personalet**

Med utgangspunkt i mål for prosjektet har prosjektleder fra Høgskolen i Ålesund høsten 2013 gjennomført en intervjuundersøkelse med ledere, prosjektgruppen og 6 pleiere som har deltatt på refleksjonsgruppene. Personene har gitt muntlig samtykke til å bli intervjuet og svarene ble skrevet ned under samtalen.

### **2.2.2 Spørreundersøkelse, utvalg og datasamling**

Før oppstart av prosjektet, høsten 2012, ble alle ansatte ved sykehjemmet bedt om å svare på et spørreskjema om etiske problemstillinger i hverdagen. Spørreskjemaet er brukt i andre kommuner i regi av Senter for medisinsk etikk, og er et verktøy for evaluering av status i det daglige etikkarbeidet. Samme spørreskjema som ble brukt høsten 2012 ble igjen delt ut til alle ansatte i september 2013. 24 skjema ble besvart før intervensjonen startet og 17 skjema ble besvart etterpå.



## 3.0 Resultat

### 3.1 Resultat fra intervju

#### 3.1.1 Rutiner for samarbeid i beslutningsprosesser

Personalet forteller at det er flere eksempler på rutiner og prosedyrer som har blitt endret og innført ved sykehjemmet på bakgrunn av prosjektet etisk kompetanseheving ved livets slutt, eksempelvis «pårørendekonvolutt» og «etterlatte samtale». Like etter et dødsfall får pårørende utdelt en «pårørendekonvolutt» med nyttige brosjyrer om eksempelvis sorgarbeid, begravelse og informasjon om at de vil bli kontaktet av sykehjemmet innen fire til seks uker. Fire til seks uker etter et dødsfall ringer primærsykepleier til pårørende for en «etterlatte samtale» Målet er å følge opp de etterlatte og snakke om hverdagen, sorgprosessen og kartlegge om de har spørsmål som det sitter igjen med i etterkant av dødsfallet. Om de/den etterlatte har behov for å snakke med lege, blir de invitert inn til etterlatte samtale ved sykehjemmet. Som oftest er det tilstrekkelig å snakke med primærsykepleier per telefon. En har erfart at spesielt yngre pårørende sitter igjen med en del spørsmål som de ønsker å diskutere med primærsykepleier. Dette kan være spørsmål rundt ulike symptomer pasienten hadde den siste tiden, og om hva som ble gjort for å lindre dette. Ansatte har i disse samtaler også fått tilbakemeldinger på hva pårørende har opplevd som bra og mindre bra under oppholdet, noe som har bidratt til videre læring.

Situasjoner knytt til beslutningsprosesser har også vært et tilbakevendende tema i refleksjonsgruppene. Et tema som eksempelvis intravenøs væskebehandling av en svært dårlig pasient har blitt diskutert i gruppa. Pårørende ønsker en slik behandling, men flere pleiere synes det er uetisk å fortsette behandlingen. Et handlingsalternativ diskutert i refleksjonsgruppa er å innkalle pårørende til et møte med lege og sykepleier og diskutere den videre behandlingen. Informasjon gitt i et slikt pårørendemøte har da bidratt til at helsepersonell og pårørende kan bli enige om hva som er til pasientens beste.

#### 3.1.2 Arena for tverrfaglig samarbeid i spørsmål knyttet til livets slutt

Personalet poengterer at refleksjonsgruppene har vært en viktig arena for utvikling av samarbeid i spørsmål knytt til livets slutt. Her har ulike yrkesgrupper som sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, assistenter og aktivitør deltatt. Gjennom refleksjonsgruppene har deltakerne tatt opp spørsmål og vanskelig situasjoner fra arbeidshverdagen, og slik fått diskutert ulike handlingsalternativ på tvers av yrkesgruppene. Diskusjoner i refleksjonsgruppa har videre ført til at både

lege og pasient/pårørende har blitt involvert i problemstillingene. Spørsmål knytt til situasjoner rundt livets slutt har ofte litt diskutert i refleksjonsgruppene, men også andre tema har blitt tatt opp. Flere ansatte har også kommentert nytten av å være tverrfaglig i denne gruppen, og at det å høre hverandres refleksjoner har hatt en positiv innvirkning på arbeidsmiljøet.

Pårørende har vært involvert i prosjektet gjennom temakveld for pårørende med undervisning knyttet til livets slutt i sykehjem. Pårørende har vært invitert til dette to ganger i løpet av året/prosjektperioden. Det er også arrangert flere pårørendemøter nå enn tidligere, der spørsmål rundt livets slutt har vært tema.

Sykehjemmet har i løpet av prosjektperioden hatt samarbeid med både Ålesund kommune, kreftavdelingen ved Ålesund sykehus og avdeling for helsefag ved Høgskolen i Ålesund. Ålesund kommune deltar i prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving», som er et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, arbeidstakerorganisasjonene innen helse og omsorg, samt KS. Å utvikle etisk kompetanse for å fremme kvalitetsutviklingen i tjenesten er et satsingsområde for Ålesund kommune. I den anledning har kommunen i samarbeid med avdeling for helsefag ved Høgskolen i Ålesund startet et kursprogram, «Etikk i praksis», der flere fra prosjektgruppa ved sykehjemmet har deltatt og også holdt innlegg knyttet til etablering av refleksjonsgrupper.

Som et resultat av dette prosjektet som har fokus på etisk kompetanseheving ved livets slutt, kom det frem et behov for økt kunnskap og trygghet i forhold til lindring og palliasjon til sykehjemspasienten. For å imøtekomme dette behovet ble det i samarbeid med kreftavdelingen ved Ålesund sykehus bestemt at en skulle innføre Liverpool Care Pathway (LCP). Dette er et dokumentasjonsverktøy og en retningslinje for behandling og pleie av døende pasienter. Både etikk-prosjektet og LCP har resultert i ulike fagdager og internundervisning, se punkt 2.1.2.

### **3.1.3 Kunnskap om etiske problemstillinger ved livets slutt**

Personalet bekrefter at fokus på økt kunnskap rundt etisk arbeid i praksis har vært viktig gjennom hele prosjektperioden. Ved prosjektstart fikk hele personalgruppa, inkludert ledere, ved sykehjemmet undervisning om bruk av refleksjonsmodellen som et verktøy i etikkarbeid. Lærere fra Høgskolen i Ålesund har også deltatt ved enkelte refleksjonsgrupper og gitt veiledning i bruk av refleksjonsmodellen. Både fagdager og internundervisning generelt har hatt fokus på etikk og problemstillinger knytt til livets slutt. Deltakelse på ulike konferanser har bidratt til erfaringsutveksling og påfyll av kunnskap rundt etikkarbeid. I løpet av prosjektperioden har også behovet for ny undervisning dukket opp og har vært

knyttet til ulike deler av refleksjonsmodellen. Det resulterte i en fagdag med tittelen «Etiske utfordringer og personlig utvikling».

I samtalen med deltakere av prosjektgruppa kom det også fram at økt kunnskap har gjort dem tryggere på å ta opp spørsmål knytt til eksempelvis behandlingsavslutning med lege.

### **3.1.4 Definerer av de ulike rollene i beslutningsprosesser**

Videre forteller personalet at refleksjonsgruppene har ført til økt bevissthet rundt beslutningsprosesser knytt til livets slutt. Handlingsalternativ som har blitt diskutert i refleksjonsgruppene har resultert i at eksempelvis lege trekkes inn tidligere i prosessen, og en kan avklare hvem som har ansvaret for hva. De erfarer at tema blir oftere tatt opp til diskusjon, både mellom ulike helsepersonell og med pårørende gjennom pårørendemøter. Gjennom undervisning til pårørende ble pårørendes rolle i beslutningsprosesser vektlagt. Undervisning til pårørende er nå blitt et fast tilbud 1-2 ganger i året. Ressursgruppen i etikk har ansvaret for organisering og gjennomføring av dette.

### **3.1.5 Rutiner for dokumentasjon**

Ved sykehjemmet har en fokus på å ha samtaler med pårørende og pasienter om livets slutt så tidlig som mulig, og samtalene blir også dokumentert. Forbedringene knyttes også til innføringen av LCP som nettopp er et dokumentasjonsverktøy til bruk ved livets slutt, se punkt 3.1.2.

### **3.1.6 Inkludering av sykepleierstudenter ved Høgskolen i Ålesund**

Studentene ved første studieår har deltatt både på undervisning og på refleksjonsgruppene. De har hatt 4 uker praksis i første semester og 7 uker praksis i andre semester. Studentene har til både sin praksislærer og til de ansatte ved sykehjemmet gitt uttrykk for at det har vært lærerikt å delta på refleksjonsgruppene. Studentene har ikke selv lagt frem case, men mer vært ”lærende observatører” og trukket frem at det har vært nyttig å lytte til andres refleksjoner og erfaringer.

## **3.2 Resultat fra spørreskjema**

Resultat fra spørreskjema høsten 2012 og høsten 2013 har blitt sammenlignet. Spørreskjemaene er lagt ved, se vedlegg 1, og resultatet blir presentert under:

### 3.2.1 Resultater fra spørreskjema - endringer fra 2012 til 2013

Når en sammenligner de ulike svarene på spørreskjemaet fra 2012 og 2013 ser en at mange spørsmål er besvart relativt likt, men det er noen svar som viser en svak endring og presenteres derfor her. Svarene i både 2012 og 2013 viser at de ansatte ved sykehjemmet står i mange etiske utfordringer daglig. Dette er utfordringer i for eksempel kommunikasjon, medvirkning og taushetsplikt, etikk ved livets slutt og livsforlengende behandling, etiske utfordringer knyttet til manglende ressurser eller kompetanse, prioritering og organisering. De ansatte har også svart på hvordan de håndterer slike utfordringer i arbeidshverdagen, hvilken mulighet de har til å ta etiske dilemmaer opp til diskusjon og i hvilke grad de ønsker å jobbe mer systematisk med etikk og øke etikk-kompetansen på sin arbeidsplass.

På spørsmål 1 om etiske utfordringer i arbeidshverdagen svarer 12 av personalet i 2012 mot 1 i 2013 at en daglig står i etiske utfordringer eller konflikter knyttet til hvor mye pasienten/pårørende skal få bestemme. På samme spørsmål svarte 6 helsepersonell i 2012 mot 11 i 2013 at dette er en etisk utfordring eller konflikt en sjelden står i. Det kan undres over om disse endringene skyldes økt kunnskap og forståelse for pasient/pårørendes medbestemmelse i beslutningsprosessen. I 2012 svare 7 mot 1 i 2013 at tvangsbruk mot pasienten (inkludert medisinerings) var en daglig utfordring eller konflikt. 10 av personalet svarer i 2013 at dette sjelden er en utfordring mot 7 i 2012. Også her kan vi stille spørsmål om økt kunnskap og forståelse har endret forståelsen om årsaker og behov for bruk av tvang. På spørsmål om hvor ofte du i din arbeidshverdag opplever at manglende ressurser eller kompetanse medfører at du ikke får gjort jobben din på en god måte sier 7 og 10 daglig eller ukentlig i 2012 mot 2 og 9 i 2013. På spørsmål om manglede ressurser og kompetanse medfører at pasienten får utilfredsstillende helsehjelp svare 2 og 13 daglig eller ukentlig i 2012 og 1 og 7 i 2013. Se tabell 1.

Tabell 1

Spørsmål om etiske utfordringer og behov for kompetanseutvikling						
	Daglig	Daglig	Sjelden	Sjelden	Ukentlig	Ukentlig
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Hvor mye pas/pårørende bør bestemme	12	1				
En etisk utfordring en sjelden står i			6	11		
Tvangsbruk mot pasienten (inkl. medisinerings)	7	1				
En etisk utfordring en sjelden står i			7	10		
Ikke fått gjort jobben på en god måte	7	2			10	9
Pas. får utilfredsstillende helsehjelp	2	1			13	7

På spørsmål om håndtering av etiske utfordringer i arbeidshverdagen svarte 13 i 2012 mot 4 i 2013 at det «passer litt» at dette overlates til den enkelte. At håndtering av etiske utfordringer tas opp i egne møter

som refleksjonsgrupper svarte 1 i 2012 mot 8 i 2013 at dette utsagnet «passer godt», mens 11 mot 7 synes at dette «passer litt». Se tabell 2.

Tabell 2

<b>Spørsmål om håndtering av etiske utfordringer i arbeidshverdagen</b>						
	Utsagnet «passer litt»		Passer godt		Passer litt	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Overlates til den enkelte	13	4				
Tas opp i egen møter			1	8	11	7

Når personalet blir bedt om å vurdere sine ferdigheter til fange opp og sortere etiske utfordringer og tenke gjennom slike utfordringer svare de fleste (15 og 14 i 2012 og 10 og 9 i 2013) at de er gode til dette. Se tabell 3.

Tabell 3

<b>Spørsmål om å vurdere ferdigheter i å fange opp og å vurdere etiske utfordringer</b>		
	2012	2013
Er gode til dette	15	10
Tenke gjennom utfordringer	14	9

På samme spørsmål, men nå om ferdigheter til å drøfte slike utfordringer med pasient/pårørende svarer 3 at de er godt til dette i 2012 mot 10 i 2013. 12 svarer i 2012 at de er nokså god mot 6 i 2013. Se tabell 4.

Tabell 4

<b>Ferdigheter i å drøfte utfordringer med pasienter</b>		
	2012	2013
Gode til dette	3	10
Nokså gode	12	6

I 2012 svarer 12 mot 6 i 2013 at det er svært viktig å jobbe mer systematisk med etiske utfordringer og øke etikk-kompetansen på sin arbeidsplass, mens det både i 2012 og 2013 er 7 av de ansatte anser det som nokså viktig. Det fremkommer tydelig både i 2012 og 2013 at en kompetanseheving i etikk bør være for alle ansatte. Majoriteten av de ansatte ønsker både møteplasser og mer tid til å drøfte etiske utfordringer.

Samlet kan vi gjennom spørreundersøkelsen se noen små tegn til en forbedring hva gjelder personalets egen vurdering av egen kunnskap og ferdigheter i å håndtere etiske dilemma.

## 4.0 Diskusjon

Hensikten med dette prosjektet var å spre og å utvikle kunnskap om utfordringer knyttet til behandling og lindring ved livets slutt. I løpet av prosjektperioden har flere tiltak blitt iverksatt, og dette har ført til at sykehjemmet i dag har faste, ukentlige refleksjonsgrupper, personalet har fått økt kunnskap om problemstillinger ved livets slutt og sykehjemmet har bedre rutiner for samarbeid i beslutningsprosesser mellom helsepersonell, pasienter og pårørende.

### 4.1 Refleksjonsgrupper

#### 4.1.1 Forankring i ledelsen

Utvikling og etablering av faste, ukentlige refleksjonsgrupper har vært et viktig tiltak i forhold til prosjektets hensikt. For sykehjemmet er det et mål at organisert refleksjon skal være en del av arbeidshverdagen. Avdelingssykepleierne har hatt en sentral rolle i den praktiske organiseringen av refleksjonsgruppene. Det har blitt markert på de ansattes turnus hvem som skal delta på de ulike gruppene, og det har vært en lederoppgave å holde fast ved ukentlige refleksjonsgrupper. Ledelsen har slik hatt en viktig oppgave i både organisering av hvem som skal delta på de ulike gruppene og ikke minst tilrettelegge for å sette fokus på nødvendigheten av refleksjon i en hektisk arbeidshverdag. Lederne har gjennomgått samme undervisning som de ansatte ellers i prosjektet. Det at både ledere og personalet har fått samme kunnskap har bidratt til at lederne har vært i stand til å samle personalet også utenom fast refleksjonstid når det har vært behov for det, eksempelvis i spesielt krevende situasjoner der en ikke kan vente til neste ukes refleksjon. Refleksjon har slik blitt et viktig verktøy til bruk i vanskelige situasjoner, noe som også bekreftes i tidligere forskning (Amble and Gjerberg 2009). Det at prosjektet har vært forankret i ledelsen har vært av stor betydning både i selve gjennomføringen, og også i forhold til å få prosjektet ut i en varig endring av praksis.

#### 4.1.2 Ressursgruppe

Å etablere en ressursgruppe har vært et vellykket tiltak for å få til å gjennomføre faste refleksjonsgrupper. Deltakerne i ressursgruppa fikk en del undervisning og oppfølging i oppstartsfasen av blant andre lærere ved Høgskolen i Ålesund. Dette var nødvendig for at de skulle følge trygghet og kompetanse til å lede refleksjonsgruppene. Avdelingssykepleierne har også hatt et spesielt ansvar for å opprettholde ressursgruppa. Det har vært utfordringer knyttet til at ansatte som har vært med i ressursgruppa har sluttet,

og det har da vært et lederansvar å rekruttere nye medlemmer til gruppa som må få tilbud om kurs og opplæring. Ressursgruppa har også hver 6. uke en «etikklunsj» som de har brukt til å utveksle og å diskutere erfaringer med å lede en refleksjonsgruppe. *«Etikkhåndboka - for kommunenes helse- og omsorgstjenester* anbefaler også en «etikklunsj» som en møteplass for etisk refleksjon (Eide and Aadland 2012), men sykehjemmet har valt å bruke «etikklunsjen» som et møtested bare for ressursgruppa. Å arrangere et fast møte spesielt for ressursgruppa har vært et nyttig tiltak i forhold til å få diskutert aktuelle utfordringer en har stått i som ledere av en refleksjonsgruppe. En «etikklunsj» vil kunne være viktig både for å lære av hverandres erfaringer, men også i forholdt til å kunne støtte og gi trygghet til hverandre knytt til ledelse av en refleksjonsgruppe.

### 4.1.3 Refleksjonsmodell

Refleksjonsgruppene har blitt organisert ved hjelp av en konkret refleksjonsmodell. Ved starten av prosjektet var det viktig å finne en modell som de fleste var komfortabel med. Som beskrevet under punkt 2.1.3 har sykehjemmet valgt en tilpasset versjon av det som kalles sjekkliste for etiske refleksjon (Eide and Aadland 2012). Til å begynne med i prosjektperioden uttrykte enkelte av personalgruppen at de var engstelige for at modellen skulle være vanskelig å forstå. Siden sykehjemmet har valgt ut en modell og ikke skiftet mellom flere, så har det ført til en forutsigbarhet i hva som skjer på en refleksjonsgruppe. Deltakerne har hatt mulighet til å bli gradvis trygge på refleksjonsmodellen, og den er i dag et innarbeidet verktøy for refleksjon. Deltakerne i refleksjonsgruppene er heller ikke pålagt å skulle bidra i refleksjonen. Det har vært akseptert at noen ønsker å være passive deltakere. Det kan tenkes at dette har bidratt til at personalet har fått mulighet til og gradvis venne seg til hva som skjer i en refleksjonsgruppe, og slik bli mer aktiv etter en tid. Tema som har blitt diskutert i gruppene har vært styrt til å omhandle etiske utfordringer i arbeidshverdagen og meningsutvekslinger om eksempelvis arbeidsmiljø og organisatoriske forhold har blitt holdt utenfor. Ved å holde fast ved pasientrelaterte refleksjoner forhindrer en at gruppa blir brukt som et «fristed» der en kan tømme seg for misnøye og bli et klagefora.

Ved å beskrive situasjonen, definere de involverte parter og diskutere hvilke verdier/lover eller prinsipper som står på spill kan en komme frem til ulike handlingsalternativ. I intervjuene peker leder og personalet på at diskusjonen over forskjellige handlingsalternativ har ført til konkrete tiltak. Eksempelvis pårørendemøte og møte med lege der en har lagt fram forslag til tiltak på bakgrunn av diskusjoner i refleksjonsgruppene. Ut fra dette kan en se at refleksjonsgruppene har påvirket beslutningsprosesser mellom både yrkesgrupper og pasient/pårørende og forskning har nettopp pekt på at der er et behov for å forbedre beslutningsprosesser i sykehjem (Dreyer, Forde et al. 2010). Konkret oppfølging av

handlingsalternativ kan også være en motivasjonsfaktor i forhold til å delta på refleksjonsgruppene ved at en ser at det fører til positive endringer i praksis.

#### **4.1.4 Etske utfordringer i arbeidshverdagen**

Før oppstart av prosjektet viste resultatet fra spørreskjemaet *om etiske utfordringer og behov for kompetanseutvikling* at personalet ved sykehjemmet ofte stod i vanskelig etiske situasjoner, og at de ønsket en møteplass der en kunne drøfte etiske utfordringer. Refleksjonsgruppene har vært en arena for refleksjon rundt ulike problemstillinger de ansatte har stått i gjennom sin arbeidshverdag. Ofte har de etiske utfordringene vært knyttet til situasjoner rundt livets slutt. Spesielt har problemstillinger knytt til livsforlengende behandling blitt fremhevet som en etisk utfordring de ansatte ved sykehjemmet ofte står i, jf spørsmål 2 på spørreskjemaet. Dette samsvarer med nyere forskning gjort ved norske sykehjem som viser et behov for bedre beslutningsprosesser og rutiner for å inkludere pårørende i beslutningsprosesser relatert til livets slutt (Dreyer, Forde et al. 2009; Dreyer, Forde et al. 2010; Gjerberg, Forde et al. 2010; Dreyer, Forde et al. 2011; Gjerberg, Forde et al. 2011). Mangel på tid og ressurser er også et tema som flere ansatte ved sykehjemmet beskriver som en etisk utfordring i sin arbeidshverdag, jf spørsmål 2 og 3 på spørreskjemaet. Ansatte ved sykehjemmet gir uttrykk for at mangel på tid og ressurser fører til at de får gjort bare det som akkurat er nødvendig, og at det blir lite tid til samtale og nærhet hos pasientene. Flere svarer også at mangel på tid kan resultere både i feil og uforsvarlig sykepleie. Lignende funn er gjort i forskning ved andre norske sykehjem som viser at omsorg ved livets slutt kan være kjennetegnet av utilstrekkelig omsorg knytt til manglende ressurser. Brudd på pasientens autonomi og integritet var også en etisk utfordring som ofte ble rapportert (Gjerberg, Forde et al. 2010).

#### **4.2 Økt kunnskap om problemstillinger ved livets slutt**

Gjennom prosjektperioden har de ansatt ved sykehjemmet fått en generell kompetanseøkning både innen etikk og palliasjon. Kompetanseøkningen har skjedd gjennom fagdager, deltakelse på kurs/seminar og internundervisning. Dette har vært en viktig faktor for å styrke etikkarbeidet ved sykehjemmet. Ved prosjektstart fikk hele personalgruppa, inkludert ledere, undervisning i bruk av refleksjonsmodell som et verktøy i etikkarbeid. Ved at alle i personalgruppa fikk kjennskap til refleksjonsmodellen så ble det lettere for ressurspersonene å starte opp gruppene når alle hadde en viss kjennskap til både selve refleksjonsmodellen og hensikten med å drive systematisk refleksjon.

Når personalgruppa har fått undervisning i sentrale temaer knytt til problemstillinger rundt livets slutt, så har det bidratt til en økt faglig trygghet. Å ha økt trygghet i situasjoner knytt til pasienter i livets slutfase har



ført til at de ansatte er tryggere på den pleie og omsorg de gir, og de er åpnere i kommunikasjonen med pasient og pårørende. Tidligere forskning har vist at kommunikasjon og involvering av pasient og pårørende i problemstillinger rundt livets slutt er mangelfull i norske sykehjem, og at det er behov for at pasient og pårørende i større grad blir involvert (Dreyer, Forde et al. 2009; Dreyer, Forde et al. 2010; Gjerberg, Forde et al. 2011).

Problemstillinger knyttet til livets slutt har ofte blitt diskutert i refleksjonsgruppene. Der har en erfart at gruppene har vært en arena for utvikling av tverrfaglig samarbeid og læring. Sammenhengen mellom utvikling av tverrfaglig samarbeid og læring gjennom refleksjonsgrupper er bekreftet også i tidligere forskning (Amble and Gjerberg 2009; Alnes, Vågen et al. 2013). Refleksjonsgruppene har vært tverrfaglige og bestått av ulike helsefaglige yrkesgrupper og også inkludert studenter, assistenter og aktivtør. Ved at gruppen er tverrfaglig har deltakerne erfart at dette har påvirket arbeidsmiljøet på en positiv måte. Ofte kan det å forstå hverandres beslutninger og arbeidsmetoder være årsak til interne diskusjoner og uenigheter. Ved å ta opp slike forhold til diskusjoner i refleksjonsgruppa har det bidratt til en bedre forståelse på tvers av yrkesgruppene, og mulighet til bedre å utnytte hverandres ressurser.

Sykepleierstudentene har hatt mulighet til å delta på både fagdager, internundervisning og refleksjonsgruppene. Gjennom dette har studentene fått økt sin kompetanse rundt sentrale problemstillinger knytt til livets slutt i sykehjem. Og om de gjennom sin praksis får erfare at helsepersonell er kunnskapsrike og trygge i eksempelvis god symptomlindring og kommunikasjon med pasient og pårørende ved livets slutt, så kan det bidra til økt forståelse av hvor komplekse situasjoner en som sykepleier ofte står ved et sykehjem. Høy kompetanse hos de ansatte ved sykehjemmet kan også motivere studentene i forhold til egne studier og hvor en ønsker å jobbe etter endt studier.

## 5.0 Konklusjon

Helsepersonell ved sykehjemmet opplever ofte å stå i etisk vanskelige situasjoner. Etablering av refleksjonsgrupper og en generell kompetanseheving i etikk og behandling/lindring ved livets slutt har ført til en styrking av etikkarbeidet ved sykehjemmet. Det har vist seg at refleksjonsgruppene har påvirket beslutningsprosesser mellom både yrkesgrupper og pasient/pårørende. Refleksjon og diskusjoner over ulike handlingsalternativ i refleksjonsgruppene har bidratt til en større faglig trygghet i situasjoner knyttet til omsorg og behandling av pasienter. Dette har i sin tur resultert i en åpnere kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende. Faste refleksjonsgrupper har ført at en har klart å holde fokus på

etikk over tid, en har fått det «inn i språket», og klart å skape et klima der etikk er en naturlig del av arbeidshverdagen.

## Litteraturliste:

Alnes, R., S. Vågen, et al. (2013). Dialogkafe og refleksjonsgrupper som et virkemiddel i kontinuerlig forbedringsarbeid i hjemmetjenestene. Ålesund, Høgskolen i Ålesund. **2013**.

Amble, N. and E. Gjerberg (2009). "Refleksjon som praksis i arbeid med mednesker -om utvikling av nye organisasjonsformer ved bruk av interaktiv forskning." Tidsskrift for ARBEJDSLIV **11**(2): 73-87.

Dreyer, A., R. Forde, et al. (2009). "Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes--relatives' role in the decision-making process." J Med Ethics **35**(11): 672-677.

Dreyer, A., R. Forde, et al. (2010). "Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice?" J Med Ethics **36**(7): 396-400.

Dreyer, A., R. Forde, et al. (2011). "Ethical decision-making in nursing homes: influence of organizational factors." Nurs Ethics **18**(4): 514-525.

Eide, T. and E. Aadland (2012). Etikkhåndboka for kommunens helse- og omsorgstjenester. Oslo, Kommuneforlaget AS.

Gjerberg, E., R. Forde, et al. (2011). "Staff and family relationships in end-of-life nursing home care." Nurs Ethics **18**(1): 42-53.

T

Gjerberg, E., R. Forde, et al. (2010). "Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes." Soc Sci Med **71**(4): 677-684.

Husebø, B. S. and S. Husebø (2005). "Sykehjemmene som arena for terminal omsorg - hvordan gjør vi det i praksis?" Tidsskrift for Den norske legeforening **125**(10): 1352-1354.

## Vedlegg 1



### Universitetet i Oslo

Institutt for allmenn- og  
 samfunnsmedisin  
 Seksjon for medisinsk etikk

#### Spørsmål om etiske utfordringer og behov for kompetanseutvikling

Sett ring rundt tall eller skriv i bokser/på linjer

Daglig	Ukentlig	Sjeldnere	Aldri	Ikke aktuelt
2012/2013	2012/2013	2012/2013	2012/2013	2012/2013

#### 1. Etiske utfordringer i din arbeidshverdag

##### Kommunikasjon, medvirkning og taushetsplikt

Hvor ofte opplever du i din arbeidshverdag etiske utfordringer eller konflikter knyttet til:

a) informasjon og kommunikasjon med pasient/pårørende?	3/0	7/7	12/10	1/0	0/0
b) hvor mye pasienten/pårørende skal få bestemme?	12/1	3/5	6/11	3/0	0/0
c) tvangsbruk mot pasienten (inkludert medisinerings)?	7/1	6/6	7/10	1/0	2/0
d) taushetsplikt og konfidensialitet (for eks hvem skal få innsyn i journal)?	0/1	2/2	12/11	8/0	1/1

##### Etikk ved livets slutt og livsforlengende behandling

Hvor ofte opplever du i din arbeidshverdag etiske utfordringer eller konflikter knyttet til:

e) avslutning eller igangsetting av livsforlengende behandling (for eks antibiotika og kunstig ernæring, eller innleggelse i sykehus)?	1/0	2/2	17/12	2/1	2/0
f) utilfredsstillende lindrende behandling pga manglende ressurser eller kompetanse?	1/0	3/4	17/7	1/3	1/1

##### Kultur og religion

g) Hvor ofte opplever du i din arbeidshverdag etiske utfordringer eller konflikter knyttet til ulik kultur, religion eller livssyn?

1/1	2/4	15/6	6/3	0/3
-----	-----	------	-----	-----

### Ressurser, prioriteringer og organisering

Hvor ofte opplever du i din arbeidshverdag at manglende ressurser eller kompetanse medfører:

h) at du ikke får gjort jobben din på en god måte? 7/2 10/9 6/6 0/0 0/0

i) at pasienten får utilfredsstillende helsehjelp (mangelfull pleie, psykisk støtte/behandling, rehabilitering, eller lindrende behandling)? 2/1 13/7 9/7 0/1 0/0

j) utilfredsstillende ivaretagelse av pasientens behov for sosial kontakt, fysisk aktivitet eller livsutfoldelse? 6/4 12/7 6/5 0/0 0/0

Hvor ofte opplever du i din arbeidshverdag at mangelfull organisering eller samhandling i helsetjenesten medfører:

k) at pasienten får utilfredsstillende helsehjelp? 2/1 0/3 18/10 0/1 2/0

l) utilfredsstillende ivaretagelse av pasientens behov for sosial kontakt, fysisk aktivitet eller livsutfoldelse? 2/1 7/9 15/6 0/0 0/0

**2. Beskriv ved hjelp av egne ord ett eller flere eksempler på situasjoner i ditt arbeid du har opplevd etisk utfordrende:**

**Svar 2012:**

Livsforlengende behandling, der pasienten ikke vil, men pårørende ønsker det. (6 stk)

Bruk av tvang i ADL hos pasienter med demenslidelser.

At pasienten er urolig og snakker mye om døden og alt vondt han har opplevd.

At personalet ikke har fokus på hva pasienten vil og hva som er best for han, men heller er opptatt av personalets behov og hva som er best for dem.

Gi pasienten medisin mot pasientens vilje.

Når pasienten ikke vet sitt eget beste, for eksempel hvor mye en skal "presse" på for å få pasienten til å være oppe litt.

Pasientens behov for sosial kontakt. Å ha tid nok til den enkelte.

Ansatte som ikke snakker godt norsk.

**Svar 2013:**

Behandling/ikke behandling ved livets slutt der pårørende ønsker videre behandling. (5 stk)

Mangel på tid i utførelse av sykepleie. Dette kan føre til både feil og uforsvarlighet. (5 stk)

Lite tid til å ivareta pasienter uten pårørende og medikamenter blir brukt for å roe pasienten.

Forhold til pårørende i livets slutfase.

Å gi god demensomsorg.

Informasjon til pårørende, hva har en lov å gi informasjon om?

**3. Hva opplever du som den eller de vanskeligste etiske utfordringene i din arbeidshverdag (skriv opp maksimalt 2)?**

**Svar 2012:**

Bruk av tvang (6 stk)

Hvor går grensen for hvor mye en skal "mase" om at pasienten bør spise når pasienten ikke ønsker å spise eller drikke.

At vi har for lite ressurser i forhold til pasienter som krever mye. (3 stk)

Når pasienten krever tiltak utover det som er bestemt fra legen.

Når en ser at pasienten ønsker å avslutte livet, men pårørende krever videre behandling. (4 stk)

Demente som ikke vet sitt eget beste, og klare å ivareta de på en god måte uten bruk av tvang.

**Svar 2013:**

For lite ressurser som fører til at en bare får gjort akkurat det som er nødvendig. Lite tid til samtaler og nærhet (9 stk)

Å kommunisere med kollegaer som ikke snakker godt norsk.

**4. I hvilken grad opplever du slike utfordringer som en belastning i hverdagen?**

	2012/2013
Ikke i det hele tatt	2/0
I liten grad	5/3
I noen grad	8/7
I stor grad	5/5
I svært stor grad	1/0

**5. Hvordan vil du beskrive håndtering av slike utfordringer i din arbeidshverdag?**

Passer godt	Passer litt	Passer ikke
2012/2013	2012/2013	2012/2013

a) Blir ikke diskutert		1/1	9/7	6/4
b) Overlates til den enkelte		1/3	13/4	2/5
c) Hva jeg og mine kollegaer mener har lite å si		3/1	8/3	8/8
d) Diskuteres formelt	uformelt	1/4	12/7	1/1
e) Tas opp i egne møter (f. eks etikk-komite, refleksjonsgrupper)		1/8	11/7	3/0
f) Tas opp i andre møter ( f. eks. faste møter på tjenestestedet)		2/6	10/5	4/1

**6. Er det tilstrekkelige muligheter for å ta opp slike utfordringer til diskusjon på din arbeidsplass?**

	2012/2013
Ja	7/10
Både og	11/5
Nei	0/0
Vet ikke	2/0

7. Hvordan vurderer du dine ferdigheter til å:	meget god	god	nokså god	lite god
	Meget god 2012/2013	God 2012/2013	Nokså god 2012/2013	Lite god 2012/2013
a) fange opp og sortere etiske utfordringer	1/2	15/10	6/4	1/0
b) tenke gjennom slike utfordringer	1/3	14/9	7/4	1/0
c) drøfte slike utfordringer med andre ansatte	1/1	13/14	8/1	2/0
d) drøfte slike utfordringer med pasienter/pårørende	0/0	3/10	12/6	9/1
e) håndtere slike utfordringer	1/0	10/10	11/4	1/1

**8. Hvor viktig mener du det er å jobbe mer systematisk med etiske utfordringer og øke etikk-kompetansen på din arb plass?**

	svært viktig 2012/2013	nokså viktig 2012/2013	lite viktig 2012/2013	usikker 2012/2013
	12/6	7/7	0/0	0/0

**Hvis du mener det er viktig å jobbe mer systematisk med etikk, hvordan?**

	Ja 2012/2013	Nei 2012/2013	Usikker 2012/2013
a) Kompetanseheving i etikk?	18/11	0/0	4/0
Hvis ja:			
For alle ansatte?	15/15	0/0	2/0
For ressurspersoner?	8/11	0/0	4/0
For ledere?	9/10	0/0	3/0

b) Hvis ja på a), beskriv ditt ønske om innhold og tema i undervisningen:

Svar 2012:

Kommunikasjon med pasient og pårørende	(2 stk)
Undervisning om etikk, og spesielt etiske utfordringer knytt til livets slutt	(4 stk)

<b>Svar 2013:</b>				
Kommunikasjon				
Terminalpleie				
Omsorg til pårørende				
Lover og regler				
Casebaserte situasjoner fra hverdagen, ønskelig om leder er tilstede				
c) Ønsker du nettbasert undervisning		3/5	13/6	7/4
d) Ønsker du møteplasser hvor etiske utfordringer kan drøftes systematisk (f. eks. refleksjonsgruppe eller etikk-komite)?		12/14	2/0	7/1
e) Ønsker du noen å henvende seg til for å kunne få veiledning og råd?		8/9	1/0	6/2
	Hvis ja:			
	Ansatte med etikk-kompetanse?	14/8	0/0	0/0
	En etikk-komite (en tverrfaglig gruppe av ansatte og 1-2 eksterne medlemmer med etikk-kompetanse)?	8/11	1/1	0/0
	Jurist?	3/4	4/1	3/3
f) Ønsker du generelt mer tid til å drøfte etiske utfordringer?		14/10	5/3	2/2
g) Ønsker du veiledere eller retningslinjer for etiske vanskelige områder?		8/10	7/3	5/1
	Hvis ja, beskriv for hvilke(t) område:			
<b>Svar 2012:</b>				
Terminalpleie - lindrende behandling	(4 stk)			
Forhold til pårørende ved terminalpleie	(2 stk)			
Tvang - hvordan gjøre de riktige valgene	(2 stk)			
<b>Svar 2013:</b>				
Det er godt å henvende seg til en fagperson				
Bør være kjent med nasjonale retningslinjer				
h) Ønsker du kjerneverdier på arbeidsplassen?		12/11	1/0	6/2